

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-726473

202837

Pay point

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

768

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENCHEKROUN

Date de naissance :

1945

Adresse :

106 b^e de L'ATLANTIQUE

Tél. :

CASA

0661174798

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Farida D'KHISY

Généraliste

Rés. Attcharouk Tr 5

Secteur 1 Hamm 2^e 1er Etag

0522 71 61 91 Casablanca

06/04/2024

Benchekroun Mohamed

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection

Ostéoporose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07/04/2024

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-726473

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

768

Nom de l'adhérent(e) :

BENCHEKROUN

Total des frais engagés :

425,70

Date de dépôt :

07/04/2024

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES.

Chapitre du Pharmacien et du Formasseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE C ALI A Docteur en Bilancia - 435, Bd. Panon	04/10/24	1250

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	$ \begin{array}{r} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur D'KHISSY Farida

الدكتورة الخيسى فريدة

Médecine Générale

الطب العام

ECHOGRAPHIE

الفحص بالصدى

Gynéco-Abdomen

تجبير العظام

OSTEOPATHIE

أمراض السكري

Diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Montpellier

Diplômée en Médecine du Travail (Rennes)

كلية الطب بمونبولي

Diplômée en Métrologie (Amiens)

Casablanca, le 06/10/2024

OEDES 20 mg
56 gélules

دار البيضاء
LOT: 230645
PER: 09-2025
PPV: 130, 80DH

PHARMACIE CASABLANCA
AL ALAMI
Dr en pharmacie
Casablanca - Tel: 0522.52.19.99

M^r Benchehikoun

Tahaneed

SEPCEN 500 mg
ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés

74,80

74,80

SEPCEN 500 mg
ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés

74,80

74,80

Permixon 160 mg
30 GÉLULES

143,30

143,30

143,30

143,30

143,30

143,30

143,30

الشارك - شارع محمد الزفزاف - ق 5 - م 1 - عمارة 2 - الطابق 1 - سيدى مومن - الدار البيضاء الهاتف : 05 22 71 61 91
Attacharouk, Bd Med Zafzaf - TR 5 - Sect. 1 - Imm. 2 - 1er Etege - Sidi Moumen - Casablanca - Tél. : 05 22 71 61 91