

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 Étage 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° W21-726489

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **768**

Matricule : **768** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **med**

Nom & Prénom : **BENCHEKROUN**

Date de naissance : **1945**

Adresse : **166 Bd de L'ATLANTIDE POLO Casablanca**

Tél. : **0661 174798** Total des frais engagés : **480,90** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Farida D'KISSIA
Généraliste
Rés. Attacharouk T. 5
Secteur 1 Imm. 2 - 1er Etage
Tél. 0522 71 61 91 - Casablanca

Date de consultation : **01/04/2024**

Nom et prénom du malade : **Benchekroun Mohamed**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Affection chronique**

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 : **Casa**

Le : **07/04/2024**

Signature de l'adhérent(e) :

VOILET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-726489

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 : **480,90**

Date de dépôt : **07-04-24**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/04/24	C	1	600,00	INP : 091045260
				Farida D'KHISSY
				Chs. Attaché
				cteur 1 ^{er} Etage
				22271 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACE CALFON Bd. Ranzanque Casablanca - Tél. 05225213	01/04/24	480,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

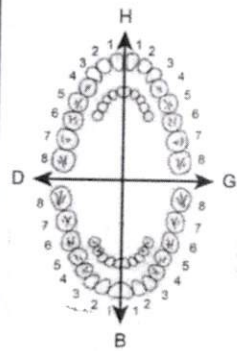
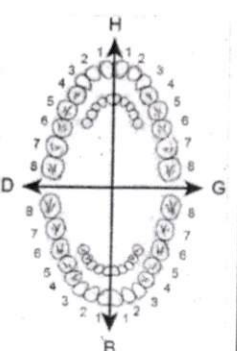
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
C.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur D'KHISSY Farida

الدكتورة الدخيسي 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)

خريجة كلية الطب بمونبيلي

Diplômée en Métrologie (Amiens)

Casablanca, le 01/06/2024 الدار البيضاء في

PHARMACIE CALIFORNIE
ALT-ALAMI
Docteur en pharmacie
435, Bd. Panoramique Pôlo
Casablanca - Tél: 0522 71 61 91

PHARMACIE CALIFORNIE
ALT-ALAMI
Docteur en pharmacie
435, Bd. Panoramique Pôlo
Casablanca - Tél: 0522 71 61 91

89,00 3)

39,70 4)

20,80 5)

43,40 6)

Ts 480,90

Cylole 10
1 x 4 y

Ciproime 500 mg

1 g x 2 y

Sedastail +

par bollet urinaire 2 x 1 y

Fucidine pommade

1 application x 2 y

Demidum L

1 appliat x 2 y

Cicadema pommade

1 appliat x 3 y

Dr. Farida D'KHISSY
Généraliste
Rés. Attacharouk Tr 5
Secteur 1 Imm. 2- 1er Etage
Tél: 0522 71 61 91 - Casablanca

500 mg

comprimés pelliculés
Bayer S.A.

LOT: M0057
EXP: OCT/2025
PPV: 171,80 DH

SEDASTERIL+

SD36 0326 TE

LOT PER

Prix 89,00 N*

Cleniderm[®] crème

béclométhasone dipropionate

PROMOPHARM S.A.

20,00

Fucidine[®] 2% pommade

Tube de 15 g

Fucidine[®] 2%

pommade Tube de 15 g

33,70

BAUSCH + LOMB

ZYLET[®]

Contra-indiqué à l'instillation
POUR USAGE OPHTALMIQUE UNIQUEMENT.
لاستعمال في العين فقط.

Distribué au Maroc par Zenith Pharma
PPV: 117,00 DHS

6 118001 270729

BOTTU SA

PPV: 43 DH 40

CICADERMA