

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

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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° P19-0048317

Optique **38767** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1956** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **BENCHERKOUN ANISSA**

Date de naissance : **18/05/1956**

Adresse : **109, Rue MONTAIGNE VAL FLEURI**

CASA BLANCA

Tél. : **06 61 46 59 24** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **06/08/2020**

Nom et prénom du malade : **BENCHERKOUN ANISSA** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Affection Dermatologique**

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.

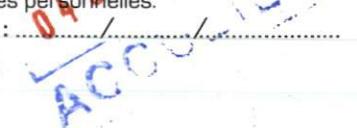
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Ben

Le : **06/08/2020**



RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 06/08/2020 | Chirurgie | 0 | 350 Dh | Dr. Khalid JAMALI DERMATO-VENEROPHYSIQUE Angle Bd Sidi Abdellah Boulaab et Bd Hassan II Casablanca Tel 0522 90 04 17 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE AL MANSOUR STADE Dr. Soltani L. Hassan 0522 39 88 13 | 06/08/20 | 123,80 |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | |
|--|--|---|
| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | 48,10 Dermofix Poudre Sertaconazole PROMOPHARM S.A. 6 118000 240280 | Exoderil Crème à 1% Chlorydrate de Nc tube de 15 g SANDOZ Non imbibable AMO 6 118000 020585 39,60 EXP: SEP 2024 LOT: M0028 |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | |
| MONTANTS DES SOINS | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | |
| FIN D'EXECUTION | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | |
| MONTANTS DES SOINS | | |
| DATE DU DEVIS | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | |

SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Infections sexuellement transmissibles



الدكتور خالد المنيحي

اختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

Casablanca, le

06/08/2020

الدار البيضاء، في

MME BENCHEKROUN ANISSA

PLIS

8420



-DERMOFIX POUDRE

39.60

LE MATIN PDT 1 MOIS

-EXODERIL CREME

LE SOIR PDT 1 MOIS

F 123.80



Dr. Khalid LAMNIAI
DERMATO-VENEROLOGUE
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd. Abdelhadi Boutaleb
Casa Tél 0522 90 04 17