

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 canalaires, 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 canalaires.

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-409878

ND: 49361



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 535

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abd BEN ABDELLAH
Médecin général : Echographie, Nutrition, ECG
Brevet de Médecin Médecine / Permis de Conduire
Lot. Nour Raya 16 N° 19 RDC Sidi M'hadir
Casablanca

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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
15/11/2011	Caducette	200	INP : 091166594 Dr. BENCHERI Génération Echographe Visite médicale Triadiques Hypertension	

EXECUTION DES ORDONNANCES

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H		D	G	B		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000		35533411		11433553
H																			
D	G																		
B																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
00000000																			
35533411		11433553																	
	[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 Hind BENCHEIKH

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



Médecine Générale

Échographie, E.C.G., Nutrition

Médecin Agrée par le Ministère de la Santé

Visite Médicale de Permis de Conduire

الدكتورة هند بن الشيخ

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

الطب العام

الشخص بالصدى، تخطيط القلب، التغذية

طبية معتمدة من طرف وزارة الصحة

الشخص الطبي لرخصة السياقة

Casablanca, le :

14.11.2022

م

Adel RLAFFIDZ AMINNA

VIAPHARMACE ASNA
D'ADMIRAL ALAMOUI
Lot Nour Lot 94 Hay Hassani
Casablanca Tel: 05 22 33 95 44

Tanganil® 500 mg
تاجانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص - 30
VTE: MA - PPV: 51DH00
728860
6 118001 183340

51,000
Tanganil 500 mg
1/ cp. 2 mg x 3 / → 4 jours

plus tard 14x3

الدكتورة هند بن الشيخ

Dr. Hind BENCHEIKH
Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
Médecin Agrée par le Ministère de la Santé
Visite Médicale de Permis de Conduire
Échographie, E.C.G., Nutrition
Téléphone: 05 22 33 95 44
Lot Nour Lot 94 Hay Hassani - Casablanca - Tél: 05 22 33 95 44

Lot:
EXP:
PPV:

28,70

LOT: 191842
PER: 11-22
PPV: 11.30DH

111,80

ogel 2 sp

1 supp 23 1/2

89,00

1 supp 23 1/2

+

Jansel 1/2

SV

123,60 1/4 p 23

1/4 Humber

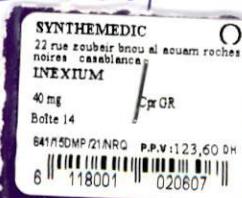
1/4 Wed i 4 cm

41,40 1/4 gelule 1/2 ant pol my

Gelis m

SP

963,30 R m 3/4 1/2 Hayon



PHARMACIE ASMAA
Dr. Nour Lot 8411550MP/21NRQ
Casablanca - Casablanca - 22333381
Tél: 05 22 91 59 02

Dr. Nour
Pharmacie Asmaa
Dr. Nour Lot 8411550MP/21NRQ
Casablanca - Casablanca - 22333381
Tél: 05 22 91 59 02