

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

biologie 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.

ique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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

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

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Affaires Sociales
de l'Etat du Maroc

Déclaration de Maladie

N° M20- 0002366

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1001 Société : 53544

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Kasmallah Bachir

Date de naissance : 1951

Adresse : 16 Rue Dr. Moulay El Mouslim

Tél. : 06 13 47 53 79 Total des frais engagés : 06 13 47 53 79 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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																					
				Coefficient des travaux																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			G		25533412	21433552		00000000	00000000	00000000	00000000		00000000	00000000	35533411	11433553					Montant des soins
	H			G																				
	25533412	21433552		00000000	00000000																			
00000000	00000000		00000000	00000000																				
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																					
			Fin d'exécution																					
<div style="text-align: center;"> </div>																								

VOLET ADHERENT	NOM: <u>Nasrallah Badiaa</u>	Mle <u>11001</u>
DECLARATION N° <u>P 17 / 0066644</u>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 17 / 0066644

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>11001</u>	Signature de l'adherent
Nom & Prénom: <u>Nasrallah Badiaa Benziane</u>			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient: <u>BEZIANE BADIAA</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age: <u>19 ans</u>	Date: <u>29/12/2020</u>	
Nature de la maladie: <u>C3+K10 (Consultation, appui, etc.)</u>		Date 1ère visite: <u>29/12/2020</u>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances: <u>A l'effraction de</u>			
Nature des actes: <u>C3+K10</u>	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires: <u>400,00</u>	
PHARMACIE		Date: <u>29/12/2020</u>	GRANDE PHARMACIE COMMERCIALE Othman ALAMI Bld Mohammed V - CASA Tel: 05 22 26 23 12
Montant de la facture: <u>34,70</u>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
		CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	
		CACHET	

Docteur Brahim BENALI

Professeur Agrégé

Diplômé des Universités de Lille et Bruxelles

NEZ - GORGE - OREILLES

CHIRURGIE TÊTE ET COU

Traitement du Ronglement, de la Surdité et du Vertige

SUR RENDEZ-VOUS

24, Rue El Alloussi - Bourgogne

(Face Clinique Badr)

Casablanca

Tél. : C : 05.22.29.47.10 / 05.22.29.47.11

Fax : 05.22.29.47.10

الدكتور ابراهيم بنعلي

أستاذ مبرز

خريج جامعات ليل و ابروكسل

أمراض الأذن والأنف والحنجرة

جراحة الرأس والعنق

• معالجة الشخير — الصمم — الدوخة

بالموعد

24، زنقة العلوسي - بوركون

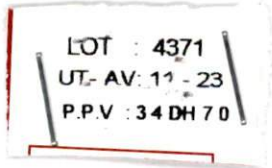
(أمام مصحة بدر)

الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.29.47.11 / 05.22.29.47.10

الفاكس : 05.22.29.47.10

Casablanca, le 29 DEC 2020



BENZIANE BADIA.

34,70
A/

Skinosalic. Solution.

3 gtt x 2 ty intradurale
pend + 2 gtt.

GRANDE PHARMACIE COMMERCIALE
Othman ALAMI
9, El. Mohammed V - CASA
Tél: 05 22 26 23 12

Dr. BENALI Brahim
Professeur Agrégé en O.R.L.
24, Rue El Alloussi - Bourgogne
Tél. 022.29.47.10 / 11-Casa

En Cas d'Urgence, Contacter Clinique Badr - 35, Rue El Alloussi Bourgogne (Face Mosquée Badr) - Casablanca

Tél. : 05.22.49.28.00 - 05.22.49.23.80/81/82/83/84/85 - Fax : 05.22.49.23.86

Docteur Brahim BENALI

Professeur agrégé
Diplômé des universités de Lille et Bruxelles
NEZ - GORGE - OREILLES
CHIRURGIE TETE ET COU
Traitement du Ronflement, de la Surdité et du Vertige

CHIRURGIE TETE ET COU

24, Rue El Alloussi – Bourgogne
(Face clinique Badr)
Casablanca

Tel : Cab : 05 22.29.47.10 / 05 22.29.47.11
Fax : 05 22.49.23.86 / 05 22.29.47.10

Casablanca le, 29/12/2020

FACTURE

INP 091020750

MME BENZIANE BADIA

Reçu la somme de :

- Quatre cents dirhams (400,00 dirhams) pour consultation
+ aspiration des oreilles sous microscope.


Dr. BENALI Brahim
Professeur Agr ge en O.R.L.
24 Rue EL Alloussi Bourgogne
Casa: Tél.: 05 22 29 47 10 / 11