

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-515231

ANAC

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7807 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHERIEF RACHID

Date de naissance : 08 Juillet 1968

Adresse : CASA GREEN TOWN VILLA N° 65 VILLE VERTE BOUSKOURA

Tél. : 0661328377 Total des frais engagés : 1454,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/04/19

Nom et prénom du malade : BENCHERIEF RACHID Age : 23/04/19

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

Nature de la maladie : Sd du cancer

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements au 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

04 MARS 2020

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
21/04/2020		2	20000	INP : 0512020 03/05/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
	13/02/20
	Montant de la facture
	2044

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

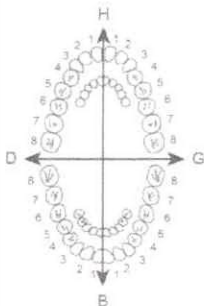
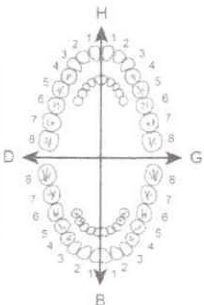
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'OOF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25523412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25523412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25523412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Salwa OUMARI

NEUROLOGUE

Spécialiste des Maladies du Cerveau, de La Moelle Epinière,
du Nerf et du Muscle

• Epilepsie, Migraine, Accident Vasculaire Cerebral

• Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson

• Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathie

Electroencéphalogramme (EEG/Video EEG)

Electroneuromyogramme (EMG)



الدكتورة سلوى عماري

طبيبة إختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

- أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ
- مرض الزهايمر، مرض باركنسون، مرض التصلب المتعدد
- أمراض الأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ : الشبكة
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

25/02/2020

M^{re} MAGGIOUR NAWAC

99,90 x 4

1/ Neuropathie

0 - 0 - 0

1 - 0 - 0

1 - 0 - 0

1 - 0 - 0



2/ Arusia 30

S.V

Arcoxia 90 mg
14 comprimés
P.P.V.: 268,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 453/16DMP/21/NT0
6 118001 160051

Arcoxia 90 mg
14 comprimés
P.P.V.: 268,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 453/16DMP/21/NT0
6 118001 160051

28,80 x 3

3/ Vitaminen

PPV
LOT 28,80 /
PER
PPV
LOT 28,80 /
PER
PPV
LOT 28,80 /
PER

92,60 x 2

4/ INEXIUM

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bhou al ouam roches
noires caseblance
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boite 14
640150MP/21/NT0 P.P.V.: 92,60 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bhou al ouam roches
noires caseblance
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boite 14
640150MP/21/NT0 P.P.V.: 92,60 DH
6 118001 020591

myambutol

1/2 x 36

8/

Total 204,5

PHARMACIE GREEN TOWN
Dr. MATO AZHANI
Centre Commercial Casa Green Town
133 Bd Oum Rimal Oulm - Casa / Tél: 0322 80 22 66
INPE 001237192 - ICE 001919640000021

الدكتورة سلوى عمري
Docteur Salwa OUMARI
الطبيبة في أمراض العظام والمفاصل
NEUROLOGUE EEG- EMG
133 Bd Oum Rimal Oulm - Casa / Tél: 0322 80 22 66
INPE 001237192 - ICE 001919640000021