

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 058749

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02659 Société : RAM 51104

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENZEKRI JAMAL

Date de naissance : 13.11.1956

Adresse : 8 Rue Mansour O. H. CAS

Tél. : 0668592927 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENZEKRI YOUSSEF Age : 7ans

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 : CAS Le : 08.12.2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] VOIR ACCORD MUPRAS EN VOTRE POSSESSION

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

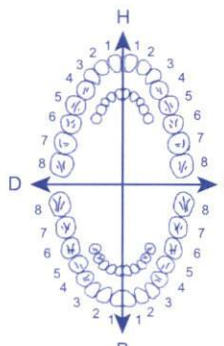
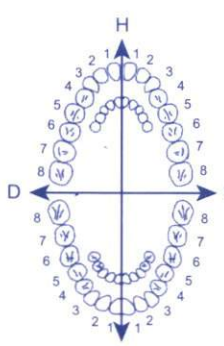
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ORTHOPODIATÈCH S.A.R.L. Rég. AL MACHRIK 2 Angle Ed. Bourguiba - Rue Jaâfar Ibnou Habib CASABLANCA Tel. 05 22 27 85 67	08.12.20					1200,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

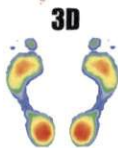
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D-----G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[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



Le Spécialiste du pied



CASABLANCA LE 08-12-2020

BENZEKRI YOUSSEF

FACTURE N° 838

Une paire de semelles orthopédiques au montant de 1200.00dhs

Mille deux cent dirhams

ORTHO PODIATECH S.A.R.L.
Rés. AL MACHRIK 2
Angle Bd. Bourgogne - Rue Inâfar
Ibnou Habbou - CASABLANCA
Tél. : 05 22 27 85 67

ICE 000026780000075

ORTHOPODIATECH - sarl

Ang. bd Bourgogne et Rue Ibn Habib , Rés. AlMachrik 2, (en face de la BMCI) Bourgogne - Casablanca - Maroc

☎ +212 5 22 27 85 67 - ☎ +212 6 49 01 40 07

RC : 111349 - IF : 1005388 - Patente : 35602099

🌐 www.orthopodiatech.ma 📷 [orthopodiatech](https://www.instagram.com/orthopodiatech)

ICE : 0000 2678 00000 75

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 04/12/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 02659 e-mail : benzekri.jamal@gmail.com Phones : 0668592927
Nom et Prénom de l'adhérent : BENZEKRI JAMAL
Nom et Prénom du bénéficiaire : BENZEKRI YOUSSEF

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR AISSAOUI
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. BENZEKRI YOUSSEF
Nécessite Seule orthopédie
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif) (-)
A (préciser l'établissement hospitalier) (-)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

scoliose 2010 - lombaire
bégaiement neurologique

Cachet, date et signature du praticien

Docteur Nawal AISSAOUI
Rhumatologue
Appel N° 3, Imm. 29 Rsd, Addaman Angle
Bd El Kods et Oulad Haddou, Ain Chock
Casablanca - Tel : 05 22 23 40

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Dr. Nawal AISSAOUI

RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Rhumatismes, des maladies des OS,
des Articulations, la colonne Vertébrale et des Tendons
Diplômée de la faculté de Médecine de rabat
Ancienne Médecin à l'hôpital EL Ayachi - Salé



د. نوال عيساوي

أخصائية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام، المفاصل، العمود
الفقرى والأوتار
دبلوم كلية الطب بالرباط
طبيبة سابقة بمستشفى العياشي بسلا

Casablanca, le : 04/12/2020 في : الدار البيضاء،

M^e Benzekri Youssef

Faire en :

Seuille orthopédique
pour :
- Solène Dorso -
Lousain.
à Couvert 6 Lousain
avec Bégait à
droite - bonne bar.

Docteur Nawal AISSAOUI
Rhumatologue

Appt N° 3 Immeuble 28 Rse Addamane Angle
Bd El Kods et Ouled Haddou, Ain Chock
Casablanca - Tél. : 05 22 87 33 40

زاوية شارع القدس وأولاد حدو إقامة الضمان العمارة 28 الشقة رقم 3 الطابق السفلي، عين الشق - الدار البيضاء
Appt. N°3. Immeuble 28, Résidence Addamane, Angle Bd, El Kods et Ouled Haddou - Ain Chock Casablanca

Tél. / Fax: 0522 87 33 40 الهاتف/الفاكس