

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.

Pathologie 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.

Education :

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

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° M20- 0000191

Optique **6132A** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3393** Société : **R.A.M.**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **BENCHERKOUN RACHID**

Date de naissance : **11/11/61**

Adresse :

Tél. : **06 61 16 26 03** Total des frais engagés : **679 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Dr. Merin ABDELLAZIZ
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
2, Rés. Pasteur, Casablanca (Maroc)
Pere Charles Hospital, Casablanca (Maroc)
Téléphone : 05 22 20 45 45 (LG)

1 MARS 2021

ACCUEIL

Cachet du médecin :

Date de consultation : **08/02/2021**

Nom et prénom du malade : **BENCHERKOUN BADIR** Age : **53**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **ARTHROSCOPIES**

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 : **Casablanca** Le : **25/02/2021**

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
08/01/2011	1	C3	350	Dr. Me: Chirurgien-Dentiste 11, Rés. Pasteur Place Charles Nicod Tunis - Casablanca Tel : 052 229 69 14 - TPE : 091 108094

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 Praticien	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'ORL.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Clinique jumelée au ce
européen de chirurgie endoscopique
Jeanne d'arc de Lyon

DULASTAN® 500 mg / 2 mg

Boîte de 20 comprimés

مليلية من 20 قرصاً

PPV: 42DH60

PER: 07/23

LOT: J1968

مصحة الأندلس
Clinique Andalouss

مصحة متولدة بالمركز
الأورسي للجراحة الاندوسкопية
جان دارك بلبيون

37,00

033

37,00

033

~~2 × 37,00~~

- Dulastan 500 mg

1cp matin et midi } 10j

2cp le soir

1,8

10j

42,00

- Hobic 7,5 mg

{ 5j

1,8

123,60 1cp 1j

- dfclerexxx Inexium 40mg

1,8

123,60 1cp 1j le soir

ISOPHARM

NEWFLEX GEL
CHAUFFANT
79.80 DH

- Newflex chauffant

1,8

~~2 × 31,5~~

320,00 Réanimation intensiv

19, Bd. Driss SLAOUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax: 05 22 39 39

E-mail : andalous.clinic@gmail.com - IF: 0100444 - 4752 - Patente: 35605793

SYNTHEMEDIC
22 rue souher bneu al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Crème

Boîte 14

64150MP21NRQ P.P.V: 123,60 Dh

6 118001 020607

valente 24/24

19 شارع ابريس السلاوي (شارع سباقنا) - أنفا - الدار البيضاء - الهاتف :

6 118001 020607

6 118001 020607

6 118001 020607

6 118001 020607

Clinique jumelée au centre
européen de chirurgie endoscopique
Jeanne d'arc de Lyon



مصحة الأندلس
Clinique Andalouss

مصحة متواصة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسкопية
جان دارك بلباون

FACTURE

FACTURE N° : 2053/2021

Casablanca, le 08/02/2021

NOM PATIENT: MME BENCHAKROUN BADIAA

CONSULTATION : 350 DHS

TOTAL : 350DHS

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

ICE : 00015909200064

Driss Slaoui
Date 08/02/2021
Signature

Réanimation intensive .Radiologie polyvalente 24/24

19 Avenue Temara - Anfa - Casablanca - Fax.05 22 39 39 43 - Tél. 05 22 36 27 27 (L.G) - الفاكس: