

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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° W21-609368

en cours

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2289	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	<i>DATHER Tostaphia</i>
Nom & Prénom :			
<i>DATHER Tostaphia</i>			
Date de naissance :			
<i>22.25.1953</i>			
Adresse :			
<i>Rue 2, Imme 78, ATTADAMOUN' OULFA</i>			
Tél. :	06 68 80 73 76	Total des frais engagés :	
		<i>481,45</i>	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Dr. BENKIRANE H Spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle Tél: 05 22 90 73 09	
<i>1 MARS 2021</i>	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation :	
<i>01/04/2021</i>	
Nom et prénom du malade :	
<i>Saoud. No ACCUEIL</i>	
Lien de parenté :	
<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	
<i>Lam sifys + cmt kachra</i>	
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*

Signature de l'adhérent(e) : *Saoud*

Le : *23.02.2021*

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
1/2/2001	AC.S.		300,-	INP: 129-111816-7831 Dr. BENKIRane Hind Spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle tel: 05 22 90 78 09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE SARANAZ S.A.R.L.A-U 140 Lot Smaïda Lissasta Casablanca Tél/Fax: 05 22 65 2007	01/02/01	234,-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

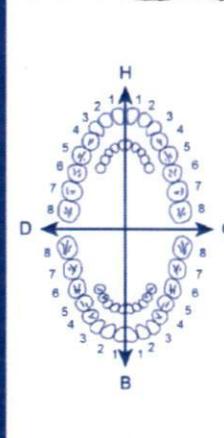
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

 <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H	25533412	21433552										
		D	00000000	00000000										
			00000000	00000000										
		B	35533411	11433553										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				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

Docteur Hind BENKIRANE

Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Liège

Ancienne interne des Hôpitaux

de Paris et de Montpellier

DIU de Traumatologie du Sport de Paris

DIU de Podologie de Montpellier

- Echographie ostéo-articulaire musculo-tendineuse

RELAXOL 500MG/2MG

LOT

RELAXOL 500MG/2MG

PER.

06.06.2018

2023

CP B20

⊗

Th

P.P.V : 53DH10

6

118000 060833

Casablanca, Le :

01/02/2021

✓ saudi
Najat

53,10

⊗ R. relaxol

58,40

20 E

Solupred® 20mg

au delà de

malin

mid.

58,40

⊗ solupred 20mg

3 cp mil au delà de 3 jrs

puis 2 cp = - = 3 jrs

puis 1 cp = - = 3 jrs

Dr. BENKIRANE Hind
Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Tel: 05 22 90 78 09

PHARMACIE SARANAZ

SARANAZ
140 Loc Smiraiida Lissasfa
Casablanca

Tél/Fax : 05 22 65 20 07

102, شارع أم الريبي، إقامة سلمى، الطابق السفلي قرب شركة رونو داسيا الحي الحسني - الدار البيضاء

102, Bd. Oued Oum Rabii, Rés. Salma RDC près de la Maison Renault Dacia Hay Hassani-Casablanca

Tél.: 0522 90 78 09 - E-mail : hbenkirane@yahoo.fr

o oeds

dc le matin ~~jeu~~ (9j)

6P,36

o dysrel

la 2.2 & 1/.



sur les muq

LOT:1811
EXP:11/2021
PPC:69.95 DH

~~PHARMACIE SARANAZ S.A.R.L.A-U~~
140 Lot Smiralda Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax: 05 22 65 20 07

$\gamma = 234,15$

~~Dr. BENKIRane Hind
Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Tél: 05 22 90 78 09~~

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L.A-U
140 Lot Smiralda Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax: 05 22 65 20 07