

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 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 |

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-630554

N°
74768
962048

Conjoint BENCHERIF



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2009

Société : Amadeus MAROC / RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : FASSI LI Amna ep BENCHERIF

Date de naissance : 11/04/1956

Adresse : Habituelle

Tél. : 066 271 1176

Total des frais engagés : 300 + 107,60 = 307,60 Dhs

Docteur LAHLOU LAILA

Rheumatologue - Podologue

400, Bd Brahim Roudani

Maârif - Casablanca

Tél: 0522 25 76 02 / 04

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/06/2021

Nom et prénom du malade : Mme BENCHERIF

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : AFFECTION RHUMATIQUE MALE

Enfant

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 : 01/06/2021

Signature de l'adhérent(e) : Omer

Signature : Omer

Autofillation Contrôle : AA-215/2019

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
16.2.2021	CS	C 2	300,00 FRS	INP : 00000000000000000000000000000000
				Liaison d'Amour - Rhum-Podologue - Dr. A. A. Alim Rouf - 25/02/2021

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Désignation de la Facture
	01.02.21	102 50 82

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

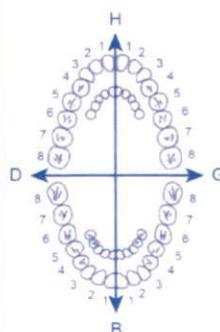
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

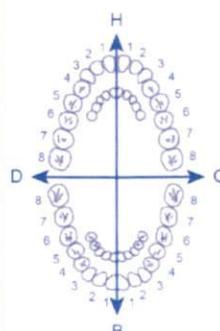
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

RHUMATOLOGUE

Diplômée de l'Université de Médecine de Paris
 Spécialiste des Maladies des OS, des articulations et des Muscles
 Spécialiste en Ostéoporose
 Des Rhumatismes Inflammatoires et Maladies Systémiques

MEDECIN PODOLOGUE

Diplômée en Podologie (Maladies des pieds)

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

اختصاصية في هشاشة العظام

اختصاصية في الأمراض الباطنية

خريجة كلية الطب بباريس

اختصاصية في أمراض العظام والمقاصل والعمود الفقري

اختصاصية في أمراض الأرجل

Pharmacie Marzouq Lahroudi casab
 Fouad Mequader docteur en pharmacie
 Lauréat de la faculté de pharmacie
 de Lyon France Tél : 061.60.71.11

Pharmacie Marzouq Lahroudi casab
 Fouad Mequader docteur en pharmacie
 Lauréat de la faculté de pharmacie
 de Lyon France Tél : 061.60.71.11

Casablanca, le : 11/6/21

Mr. BENCHERIF ADRINA

GOLITRAX cp N°8 .

1cp/ J le 25m au week.

X lot 500 uns -

47,90

ALCERENE 250 N°1 .

2g/ 20ml le mois ap.
 1fl/ 20ml X lot 500 uns -

IRAZOL cp 20 N°1 P.6.67 .

1fl/ 10ml qdial. à Jour Y50ml .

20

DO GIPRAZOL N°8 op.

إقامة الروداني - 400، شارع إبراهيم الروదاني الطابق 3، المساكن التجارية - الدار البيضاء

0522.25.76.02 / 0522.25.76.04 ☎

Résidence Roudani - 400, Bd. Brahim ROUDANI - 3 ème étage - Appt.5 - Maârif - Casablanca

0522.25.76.02 / 0522.25.76.04 ☎

Contrax®

12 comprimés

49,90

PPV 100H30
PER 03/23
LOT J907

Doliprane®

PARACETAMOL

500 mg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg

ALGIXENE®

naproxène

250

LOT 100909005
PER 02/2023
FFV: 47,900H

47,90

47,90

i