

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.

Biologie 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

Nº P19- 061757

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13230

Société : RAM 78351

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL FASSI EL FIHRI AFAF

Date de naissance : 04/03/1994

Adresse : 24, Rue de Salonique Casablanca

Tél. : 0679 23 33 90

Total des frais engagés : 591,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/06/2021

Nom et prénom du malade : Mme EL FASSI EL FIHRI Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Desmotez

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 : 14/07/2021

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
19/10/61 121 CS		1	300,00 DH	Dr H. BEN YOUSSEF 19/10/61 - 121 - 2002500

EXECUTION DES ORDONNANCES

A handwritten signature in blue ink is overlaid on the printed address. The signature reads "Cachet du Pharmacien" followed by "du Fournisseur".

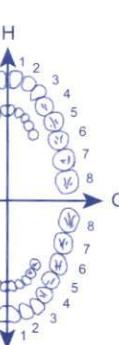
AUXILIAIRES MÉDICAUX

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'ostéodensitométrie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	D	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	B	00000000 00000000 35533411 11433553	G	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'EX

Pr. H. BENCHIKHI

Dermatologie - Vénérologie

Ex Chef de service au CHU Ibn Rochd

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

أستاذة حكيمة بنشيخي

الأمراض الجلدية والتتناسلية

رئيسة ساقفة لقسم أمراض الجلد بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء.

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء.

Casablanca, le 19.06.2021

Mme EL FASSI EL FIHRI Afaf

48, ٢٠ ٤٩

1 VIBRAMYCINE N 100 mg cp séc : BA/0



Prendre 1 comprimé par jour le soir pendant 30 jours

146,60

2 EPIDUO gel : T/30g

Appliquer 3 fois par semaine le soir sur les lésions pendant :

291,20

Pr. H. BENCHIKHI
Dermatologue - Vénérologue
Angle Bd. 2 Mars Et Rue Amsterdam
Casablanca - 100/1213 33 99 55 01

UT.AV: P.P.V
1 2 2 1 4 8 2 0
LOT N°: 1 2 8 5 3 7 9



UT.AV: P.P.V
1 2 2 1 4 8 2 0
LOT N°: 1 2 8 5 3 9

Cabinet pri

09366043/10

Spécialités

Dermato-Allergologie
Maladies Vénériennes
Dermatologie esthétique
Laser cutané

Résidence Amsterdam

Angle Bd 2 Mars

Casablanca (au

05 22 85 00 00

I.C.E.: 001809642

EPIDUO GEL
Tube de 30 g
PPV: 146,60 DH
AMM N°02 / 14 DMP / 21 / NRQ
Distribué par SOTHEMA
B.P. N°1,27182-Bouskoura



hb.benchikhi@gmail.com