

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.

Educations :

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.

Prothèses :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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 - 8ème 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° M21- 074003

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2389 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 113214
Nom & Prénom : BENSALAM JARIS
Date de naissance : 18/02/1950
Adresse : 7, Rue D'agoutane P. Gauthier CASABLANCA
Tél. : 0662472089 Total des frais engagés : 1790,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. EL AZIZ SIHAM
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Endocrinologie - Diabétologie - Maladies
Métaboliques - Nutrition
Tél: 0522 85 92 20 - 0615 74 45 43
Mail: sihamelaziz@yahoo.fr
Date de consultation : 22/04/2022
Nom et prénom du malade : BENSALAM JARIS Age: 72
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 : CASABLANCA Le : 21/04/2022
Signature de l'adhérent(e) :

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
22/04/22		CS	350,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

21
of
22

1440,00

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

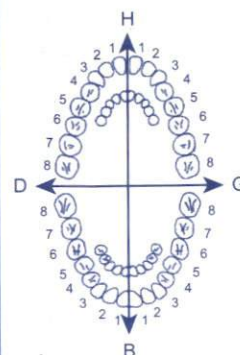
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

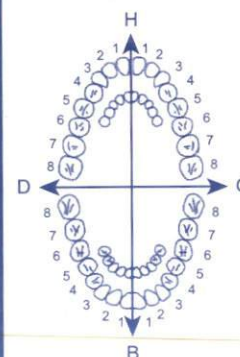
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Date du devis

Date de l'exécution



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصحة الاختصاصات الشفاء



Clinique des Spécialités Achifaa

Dr. EL Aziz Siham
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Endocrinologie - Diabétologie - Nutrition
Maladies Métaboliques - Nutrition
Tél: 0522 85 92 20 - 0615 74 45 43
Mail: sihamelaziz@yahoo.fr

E-mail: Cliniqueachifaa@menara.ma

Casablanca, le :

21 AVR 2022

PHARMACIE CAMILLE SALON
29, Avenue Hassanane Soliman
Casablanca - RC - 2128
Tél: 35553688 - RC: 002831126000000
Tél: 0522 27 17 07

PPC: 135,00Dhs

A. Bensalen

Driss

PPC: 135,00Dhs

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

390 x 3
1) Galvus net 50/1000

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

135 x 2
2) Galvus net 50/1000

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

27 Boncheletten par

4 Galvus x 2

Dr. EL Aziz Siham
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Endocrinologie - Diabétologie - Maladies
Métaboliques - Nutrition
Tél: 0522 85 92 20 - 0615 74 45 43
Mail: sihamelaziz@yahoo.fr

URGENCES 24/24 مستعجلات

1440102

CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA

CASABLANCA

Reçu de caisse

Médecin : DR. EL AZIZE SIHAM

N° : 2204221352016930 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
22A05959	BENSALEM IDRIS	22/04/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		350,00
PAYANT	Total payé	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		