

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

- 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° M21- 0051394

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2521 Société : 144156

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZEDDAGH KHADIJA

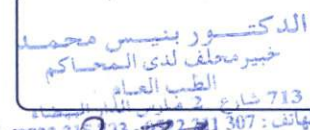
Date de naissance : 02.03.1951

Adresse : RUE 30 - N° 43 - KERIMATE - CASA

Tél. : 0682209898 Total des frais engagés : 978,30 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/10/2022

Nom et prénom du malade : ZEDDAGH KHADIJA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Zhanguye + Epefastidop

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 : 18/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : Zeddagh

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
18/10/2022		C2	15000	<p>الدكتور بنيس محمد</p> <p>خبر محلف لدى المحاكم</p> <p>الطب العام</p> <p>مارس الدار البيضاء</p> <p>الهاتف: 0522 215 723 - 0622 211 307</p> <p>الدكتور بنيس محمد</p>
15 Nov 2022		C2	9	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE AL IMAM MALEK</p> <p>Dr. MEDDAH Mohamed</p> <p>Hay Lakemat, Rue 28, N°84</p> <p>Tel: 0522 211 307</p> <p>Coin: 0522 211 307</p>	18/10/2022	12000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

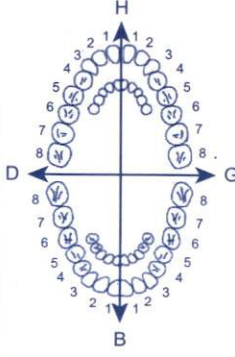
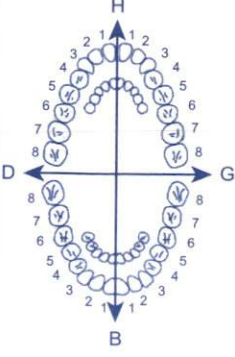
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur M'hamed BENNIS

MEDECINE GENERALE

Echographie

Expert assermenté près les Tribunaux
Ex - Médecin Militaire

Sur Rendez - vous

18/10/2022

Casablanca, le الدار البيضاء في

Madame ZEDDAGH KHADIJA

الدكتور امحمد بنيس

الطب العام

الفحص بالصدى

خبير محلف لدى المحاكم
طبيب عسكري سابقا

الزيارة بالموعد

P.P.V.

79 70

P.P.V.

79 70

PPC: 89,50 DH

PPC 79,90

PER : 03/2024
PPU : 78,60DH

PPV : 20DH00

PPV : 140,00DH

Vitamines
123

1960

rominade

19,60

1/ ZITHROMAX 500mg 3 Cps x 2

1 cp après le repas à midi pdt 3 jours

2/ APIXOL SPRAY GORGE

3 dose matin, midi et soir

3/ TOUDEX SIROP A

1 c à s matin, midi et soir

4/ ALORA 5MG CP BTE DE 20

1 cp le matin

5/ RINOMEX SACHET A SANS SUCRE

1 sachet après le repas matin et soir

6/ OEDES 20mg gél bte 28

1 gélule après le repas matin et soir

HAECYS

sup / a l'heure

Heure fast

sup / 12h

Heure fast

sup / 12h

Heure fast

sup / 12h

Heure fast

sup / 12h

Heure fast

الدكتور بنيس محمد
خبير محلف لدى المحاكم
الطب العام
الدار البيضاء
0522 211 307 / 0522 215 723

Docteur M'hamed BENNIS

MEDECINE GENERALE

Echographie

Expert assermenté près les Tribunaux
Ex - Médecin Militaire

Sur Rendez - vous



الدكتور محمد بنيس

الطب العام

الفحص بالصدى

**خبير محلف لدى المحاكم
طبيب عسكري سابقا**

الزيارة بالموعد

Casablanca, le 15 Nov 2022 الدار البيضاء في

4- ZENACHE

KITAB 5 A

Vaxigripp tetra



الدكتور محمد بنيس
خبير محلف لدى المحاكم
الطبيب العام
شارع 2 مارس الدار البيضاء
الهاتف : 0522 211 307 - 0522 215 723

DR. M'HAMED BENNIS
Rue 2 Mars, N° 64
Casablanca
Tél : 0522 211 307
0522 215 723

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P. 1,
Ain sebaâ Casablanca
Vaxigripp Tetra 16 µg/0,6 ml
sol inj b1
P.P.V : 125,30 DH
6 118001 082247