

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 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

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° P19- 058529

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4744 Société : RAM 155861

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENYAHIA ABDEL 4712

Date de naissance : 01.07.48

Adresse : 160 BVD ANFA CA CASABLANCA

Tél. 0669583936 Total des frais engagés : 1045,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/3/23

Nom et prénom du malade : Benzahia Abdel Age:

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

Nature de la maladie : Ang d'urgence

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 : 10/03/23

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
10/03/23			300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KHEOPS SARL AU	10/03/23	546,80
		199,00
		745,80

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
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'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Selma ZAID

DERMATOLOGUE - VÉNÉROLOGUE

Diplômée de l'Université de Bruxelles (ULB)
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Lille
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Spécialiste des Maladies de la peau,
Sexuellement transmissibles.
Chirurgie des Cancers cutanés
Comblement des rides - Botox
Tests Allergies - Peau

الدكتورة سلمى زايد

طبيبة الجلد والأمراض الجنسية

خريجة جامعة بروكسيل للطب
مقيمة سابقة بمستشفيات باريز وليل

إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر
و الحساسية والأمراض المنقولة عبر الجنس
سرطان الجلد، الجراحة التجميلية
الازير وزرع الشعر
تحاليل حساسية الجلد

INPE : 092036649

Pharmacie KHEOPS SARL AU
Aziza LAHLOU
Docteur en Pharmacie
9, Rue Ibnou Yaâla Ifrani Maânti - Casa
Tél.: 0522 94 57 28 - Fax: 0522 95 09 26
Casablanca, le

10/3/2023

Benzylperoxide, Azelaic acid

PPV: 49,60 DH
LOT: 22J05
EXP: 10/2025

(199x2)
199,2

teguis

Total: 546,80
199,2

2/1/2023

amit 14; 16

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H22
EXP: 08/2025

DR Selma ZAID
Dermatologue - Vénérologue
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Lille
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

(3/1/2023)
à faire 6 mois

(49,60x3)

2)

Dose forte 100.000

1x / semaine / 9 semaines

PPV: 49,60 DH
LOT: 22J05
EXP: 10/2025

LOT : 221375
EXP : 11/2025
PPV : 199,000

PPV (DH) :
LOT N° :
UT. AV. :

LOT : 221375
EXP : 11/2025
PPV : 199,000

PPV (DH) :
LOT N° :
UT. AV. :

LOT : 221373
EXP : 11/2025
PPV : 199,000

PPV (DH) :
LOT N° :
UT. AV. :

Handwritten notes on a horizontal line with vertical tick marks:
From left to right:
1. A large '4' written below the line.
2. A tick mark.
3. '14; 7' written below the line.
4. A tick mark.
5. '14, 7' written below the line.
6. A tick mark.
7. '14, 7' written below the line.
8. A tick mark.
9. '14, 7' written below the line.
10. A tick mark.
11. A large 'D' at the right end of the line.

6ms -

Arrêté la présente facture à la somme de :
Sept Cent Quarante Cinq Dirhams et 80 centimes.