

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 004644

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1167 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : EL KHOU MOHAMED
 Date de naissance : 1952
 Adresse : 13 RUE IMMAN ALKEBAB
 BELEVEDERE CASA
 Tél. : 0661 523062 Total des frais engagés : 835,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/04/2023
 Nom et prénom du malade : Berrada EP ELKHOU KHOU
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint
 Nature de la maladie : Affection digestive
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : CASA

Le : 10/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
10/04/23	consultation	300 DH		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/04/23	535,42

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

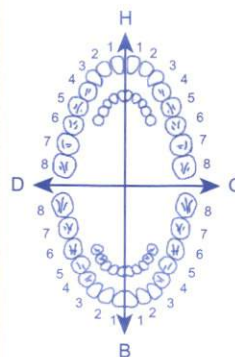
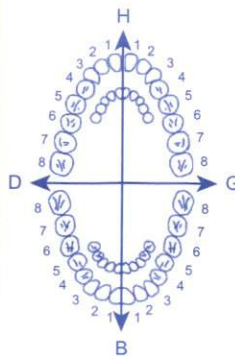
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

Dr. BENNIS Siham



Spécialiste en Hépatro - Gastro - Entérologie
Proctologie Médico - chirurgicale
Endoscopie Digestive - Echographie
Diplômée de la Faculté de Médecine de
Casablanca
Ancien Médecin interne du CHU Ibn Rochd
de Casablanca

الدكتورة سهام بنيس

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي
و أمراض الكبد
الفحص بالصدى
المنظار الداخلي
خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي
الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء -

Casablanca, le 10 AVR. 2023

M^{re} Berrada ep el khou Khadija

Mug. 10
Dy hum gel

2gell in 1 sale prise
avant le repas

824 Nacifer 20

1gell le mat

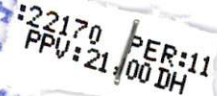
210 li max 4

1gell le soir

- 7 Nos

No flat gel

1gell x 31



Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn Al Adaraa El Mourakouchi Résidence Fatima Zahra II,
4ème étage - N°12 - Casablanca (au dessus de ACIMA et BMCE)

☎ 0522 61 22 25 / 0522 61 22 24 ✉ bennissiham@yahoo.fr

زاوية شارع ابن تاشفين وشارع ابن العذراء المراكشي، إقامة الزهراء 2 الطابق 4 رقم 12 - الدار البيضاء (فوق أسيميا و BMCE)

hooky gall (S)

lep 1j x 10j

usn latakla (S)

lep x 2j au

- 12270 Dajlm (S) 500

lep x 2j

5366

PPV 40 10

LOT: M22039
EXP: FEB 2025
PPV: 45.50 DH

Tel: 05.22.24.94.80 - Casablanca

MAIRIE DE CASABLANCA
Bureau de l'Urbanisme
Service des Permis de Construire

12270

Tel: 0522 61 22 25 / 0522 61 22 24

4ème Etage N°12 - Casa

El Morakouchi Rés. Fatima Zahra II

DR. BENNIS