

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° S19-0051914

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10354 Société : EAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 166416

Nom & Prénom : BENBILAL ABDELLAH Date de naissance : 14/11/1967

Adresse : 121 Rue 1611-121 Casablanca

Tél. : 06 11 34 2881 Total des frais engagés : 427,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. DERZI Ouafae
Diplômé en Médecine Générale - Diplômée en Médecine
Médecine Générale
Driss 1 Rue 1611-121 Casablanca
Tél : 05 22 82 48 01

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/6/2023

Nom et prénom du malade : BENBILAL ABDELLAH Age : 14/11/1967

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

Nature de la maladie : Diabète

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 : Le : / /

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 Médicament attestant le Paiement des Actes
12/06/2023	C		200 Dhs	Docteur en Médecine Générale Driss A. RUE 16 N° 05 22 82 48 01
21/06/2023	C			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Prestation
	21/06/2023	120 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

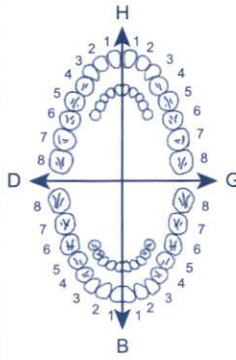
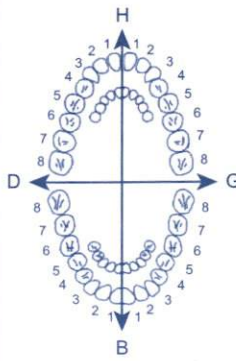
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</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																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 DERZI Ouafae

DIABETOLOGIE - NUTRITION
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE

CES en santé publique
Diplôme des faculté de médecine
de Toulouse et de Montpellier 1



الدكتورة وفاء الدرزي

طب السكري - التغذية و الحماية
فحوصات عامة
الفحص بالصدى
دبلوم التخصصات في الصحة العامة
خريجة كلية الطب
بتولوز بمونبولي 1

Casablanca, le 21/6/2023 في الدار البيضاء

Dr BENZIKIS Abdelhak

107,60

11 Stafid 200 mg
1915.



LOT 223263
EXP 10 2025
PPV 107.60

x 3 mois.

10,50

21 une dose 100.000 UI (1AS)



1 Ampoule buvable.

Docteur DERZI Ouafae
Diplôme des facultés de médecine
de Toulouse et de Montpellier 1
Médecine Générale
Drissia 1 - Casablanca
Tél : 05 22 82 48 01



122,10

Docteur DERZI Ouafae

DIABETOLOGIE - NUTRITION
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE

CES en santé publique
Diplôme des faculté de médecine
de Toulouse et de Montpellier 1

الدكتورة وفاء الدرزي

طب السكري - التغذية و الحمية
فحوصات عامة
الفحص بالصدى

دبلوم التخصصات في الصحة العامة
خريجة كلية الطب
بتولوز مونتبولي 1

Casablanca, le 12/6/2023 في الدار البيضاء

Note d'honneur

Je soussigné Docteur DERZI Ouafae
Diplômée en Diabétologie - Diplômée
en Nutrition
Médecine Générale
Drissia 1 Rue 16 N°121 - Casablanca
Tél : 05 22 82 48 01

ai reçu de M. BENZIKIS Abdelhak
des documents concernant les
frais de consultation
de M. BENZIKIS Abdelhak
effectuée le 12/6/2023

Docteur DERZI Ouafae
Diplômée en Diabétologie - Diplômée
en Nutrition
Médecine Générale
Drissia 1 Rue 16 N°121 - Casablanca
Tél : 05 22 82 48 01