

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

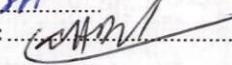
Matricule :	8219	Société :	12 AM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	X 2939
Nom & Prénom :		K HBAZ HICHAM	
Date de naissance :		07.06.1968	
Adresse :		61 LOT 90 CGT LA VILLE VERTE	
Bouskoura			
Tél. : 0661469591		Total des frais engagés :	Dhs

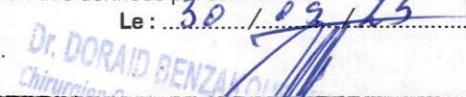
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	30.05.2023	Nom et prénom du malade :	HAJIC Nadia
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALG	Pathologie : IHALADE
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 : 30/05/23

Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE 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
30/05/23	G	1	300,-	<i>DR. HENRI ORKINEL RUE MOLÉ 22 PARIS 17^e TRAITEMENT</i>
04/06/23	G	1	G 300,-	<i>JMK</i>

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/05/2023	292,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
	21.9.85	ARM 21ENTREXAGOL	17 NOV. King H. Blan	15000 drs.	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. DORAID BENZAKOUR-KNIDEL

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Diplômé de l'Université de Grenoble

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de France

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires du Maroc

Traumatologie du Sport

Podologie - Arthroscopie

الدكتور دريد بنزاكور قنيدل

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

خريج جامعة الطب بكرمونبيل

جراح سابق بمستشفيات فرنسا

جراح سابق بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

الآفات الرياضية - أمراض الرجل

الكشف بالمنظار الداخلي للمفاصل

Casablanca, Le

30.05.23

94,00

② ~~No calcifto~~

198,00

GTIN: 06118001260850
LOT: 4016
MFG: 06 2022
EXP.: 06 2025
PPV: 940hs00

PUC: 198.00 DH
C206
2025-05

13 292,00

~~Dr. DORAID BENZAKOUR-KNIDEL~~
~~Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue~~
~~7, Rue Mohamed DIOURI - Casablanca~~
~~Tél: 05 22 45 05 05 / 06 61 20 09 41~~

7 زنة محمد الديوري - الطابق الأول - الدار البيضاء

7, Rue Mohamed DIOURI - 1 er Etage - Casablanca

المستعجلات : 05 22 45 05 05 - الهاتف : 06 61 20 09 41 - عurgence : 06 61 20 09 41

ICE : 001809928000059