

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-797239

1AC17

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :	
Matricule : 3336	Autre :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	EL HANDOUCHI A. C. S.	
Nom & Prénom : EL HANDOUCHI A. C. S.		Date de naissance : 20/01/1966	
Adresse : 275 APP N°1 HAY NASSIR CASABLANCA		Tél. : 0666271118 Total des frais engagés : Dhs	
Cadre réservé au Médecin Dr. Rajaa BENNIS Professeur de Rhumatologie 76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca Tél: 0522 23 73 73 - Fax: 0522 23 49 49			
Cachet du médecin : Dr. Rajaa BENNIS 76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca Tél: 0522 23 73 73 - Fax: 0522 23 49 49			
Date de consultation : 10 AOUT 2023			
Nom et prénom du malade : Dr. Léontine MARIAZ Age : 21/12/1969			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : polyarthralgies + ostéalgies			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : En cas d'accident préciser les causes et circonstances : En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 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 : 05/08/2023 Le : 14/10/2023

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
14 AOUT 2023	CS		5000m3	INP : <input type="text"/> INE:091157339 Dr. Professeur KALAGU

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Victoria Parc Docteur Yannane SAMAH Lot. Annasr S110C M3 Victoria city Bouskoura - Tél: 05 22 32 07 01	14/08/23	283,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
					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																	

Professeur Rajaâ BENNIS

PROFESSEUR UNIVERSITAIRE DE RHUMATOLOGIE

Spécialiste des Maladies des Os et des Articulations

PROFESSEUR (PA) DE MEDECINE INTERNE

Ancienne Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca

Ex. Résidente Extrangère des Hopitaux de Paris



الأستاذة رجاء بنيس

أستاذة جامعية في أمراض الروماتيزم
أخصائية في أمراض العظام و المفاصل
أستاذة في الطب الباطني

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة ملحقة سابقا بمستشفيات باريس

14 AOUT 2023

Casablanca, le :

Dr. Rajaâ BENNIS

283, ٥

Chondrolyp (AS) ٤٠٠

Dr. gel ٢٤/٧ x ٣ مل

Dr. Rajaâ BENNIS
Professeur de Rhumatologie
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 23 73 73

Pharmacie Victoria Parc
Docteur Hélène SAMALI
Lot. Annas S11100 M8 Victoria city
Bouskoura - Tél: 05 22 32 07 01

Dr. Rajaâ BENNIS
Professeur de Rhumatologie
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 23 73 73 - Fax: 0522 23 49 49