

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.

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

M23-0023276

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

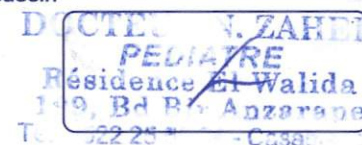
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12938 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : A94004
Nom & Prénom : Benachkraoui Kamal
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24.11.24
Nom et prénom du malade : Benachkraoui Ismaïl Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Vaccin
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 : 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 Médecin attestant le Paiement des Actes
24/11/20	C	S	300DH	<p>DOCTEUR N. ZAHEDI</p> <p>PÉDIATRE</p> <p>Résidence El Walida</p> <p>119, Bd Bir Anzarane</p> <p>Tel: 22 25 50 10 - Casablanca</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
<p>CHARMIC DANTON</p> <p>101 rue du 1^{er} mai - ANZARANE</p> <p>RUE 14 INARA 1 AIN CHOK. CASA</p> <p>TEL: 0522 52 82 53</p> <p>INP: 92001387</p> <p>Mme. Amai EL GABBAO BAH</p> <p>Docteur en Pharmacie</p> <p>PHARMACIE DANTON</p> <p>47, Boulevard Bir Anzarane</p> <p>Tel: 0522 25 09 78 - Cas</p>	<p>Date</p> <p>24.01.24</p>	<p>Montant de la Facture</p> <p>93.50</p> <p>576.00</p>

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

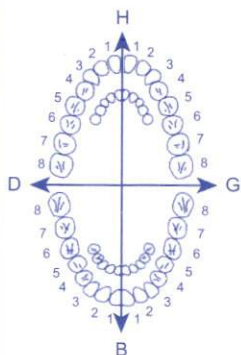
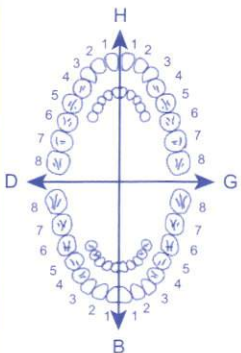
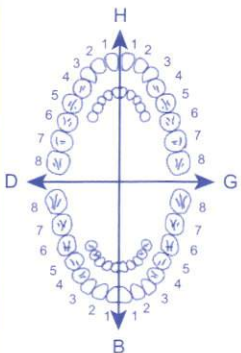
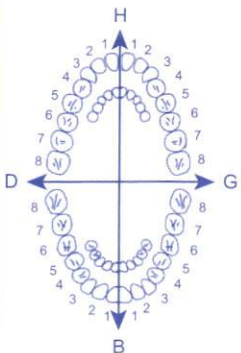
[illegible]

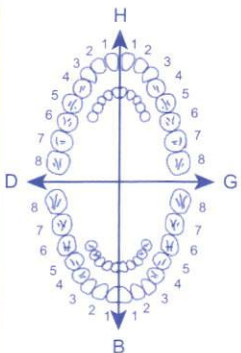
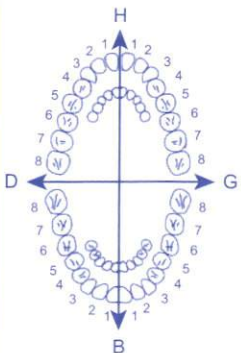
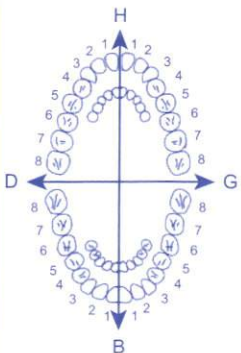
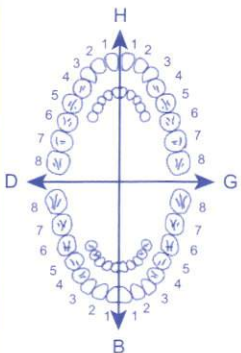
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> Coefficent DES TRAVAUX </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="width: 45%;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="width: 45%;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> Coefficent DES TRAVAUX </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة طب الأطفال

Docteur Nouredine ZAHER
PEDIATRE

Lauréat de la Faculté de Nantes (France)

Urgences et Réanimation Néonatale

Ex Assistant Allergologie et Asthme

Infantiles Hopital Saint-Nazaire (France)

Ancien Attaché aux Urgences Pédiatriques
et Neonatologie - CHU - Nantes

Diplôme Universitaire Réanimation et Urgences
Pédiatriques Faculté de Rennes (France)

الدكتور نور الدين الزاهر

اختصاصي في أمراض الطفل وإنعاش المولود

خريج كلية الطب بـنانت (فرنسا)

تشخيص أمراض الحساسية و الضيق

مساعد قسم الحساسية و الضيق لدى الأطفال
بمستشفى سانتير (فرنسا)

ملحق سابق لمستعجلين الأطفال و المواليد

بالمركز الجامعي بـنانت

بـبـلـوم جامعي المستعجلات وإنعاش الأطفال

كلية الطب بـيرين (فرنسا)

RECHERCHER
S. S. S. S. S.

Casa, Le : 24/01/24

93.50

1/ octon

576,00

576,00

2/ Genactos

SV

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.

Ain sebaa Casablanca
MENACTRA 0,6 ML SOL

INJ 1FL
PPV : 576,00 DH

6 113001 081981

PHARMACIE ACHIR
101 BD ELLOUDES LOT MANDARINA
RUE 4 IKARA 1 AIN CHOK, CASA
TEL: 05 22 52 82 53
INF: 92001387

DOCTEUR N. ZAHER
PEDIATRE
Résidence El Walida
199, Bd Bir Anzarane
Tel: 05 222 555 24