

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.

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

N° P19- 060431

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 958 Société : 147329
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RAFI Abdelkader
Date de naissance : 30/06/1942
Adresse : 191 Bd Jakhla Casablanca
Tél. : 0676135577 Total des frais engagés : 523,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. Med BEN CHEKROUN
OMNIPRATICIEN
Diplômé : Echographie Diabétologie
Bd Nil N° 70 Bloc 36 CASA
Tél. 05 22 38 00 34
Date de consultation : 26 Janv 2023
Nom et prénom du malade : HAMRI Jafar Age: 78
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection Rhumatismale
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 M 31 JAN 2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature] R 15
Signature : 31/01/2023



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
26 Janv 2023		C	150,000	

26 Janv 2023

150,000

[Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SALAM 430 Bd. Al Qadiriya Ain Chok Fas GMS. Casa Tél : 05 22 21 12 26 / P.T. 3402	26/11/23	373.60

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

26/1/23

373.60

430 Bd. Al Qods, Média
Faz el Chouss, Casa
Tél: 05 22 21 15 28 / F.T. 3402

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

**Cachet et signature
du Praticien**

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

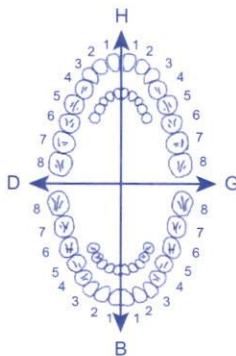
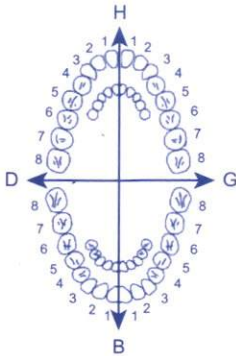
Montant détaillé des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 B D G			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

Veillez 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																	
		DATE DU DEVIS																	
		DATE DE L'EXECUTION																	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed BENCHEKROUN

OMNIPRATICIEN

Diplôme d'échographie
Générale (D.U) de Montpellier

Diplôme de Diabétologie
(D.U) de Montpellier

Membre de la société francophone
de Diabétologie S.F.D

Diplôme Universitaire
de diététique Médicale et Nutrition

Électrocardiogramme

Casablanca, le :

Mme Fatna HAMRI

الدكتور محمد بنشقرن

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى
جامعة مونوبولي

دبلوم مرض السكري
جامعة مونوبولي

عضو الجمعية فرانكفونية
لمرض السكري

دبلوم جامعي في الحمية
وطب التغذية

التخطيط الكهربائي للقلب

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVÉDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH
5 118001 185030

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVÉDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH
5 118001 185030

26 Janv 2022

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVÉDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH
5 118001 185030

-Uvédose 100.000 n 3 : 1 ab / mois

-Dallon 1g

-Newmag 375

-Dolifen 600 mg

1 cp à midi 1 mois

1 gelule le soir

: 1 0 1 cp après les repas

LOT2243033
EXP06/2024
BPV20 DH80

LOT: 0030
EXP: 06/2024
P.P.V: 19,50 DH

P.P.V 19,50 DH
P.P.V 12/24
LOT L3643

Dr. Mohamed BENCHEKROUN
OMNIPRATICIEN
Diplôme: Echographie Diabétologie
Bd Nil N° 70 Bloc 36 CASA
Tél: 05 22 38 00 34

بلوك 36، رقم 70 شارع النيل سيدي عثمان - الدار البيضاء - الهاتف : ع : 05 22 38 00 34

Bloc 36, N°70 Boulevard du Nil, Sidi Othmane - Casablanca - Tél.: 05 22 38 00 34

E-mail : benchekroun-mohamed@hotmail.com