

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

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- 062156

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **38594** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0440 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : A. T. KASS BOUJEMAN
Date de naissance : 01.01.1944
Adresse : 2, Rue Hal Méditerranée - AN DIAS east
Tél. 0663 05 85 89 Total des frais engagés : 790 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur A. BENGHAZI
CARDIOLOGUE
275. Bd. Zerkouni
Tél: 0522 39 98 48
Mobile: 0663 08 63 80

Date de consultation : 25/8/2020
Nom et prénom du malade : AMALOU Zineb Age: 70 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA + troubles dysésthésiques du corps
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : coups

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) : ACCUEIL



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
15/08/2020	C21 E64		350,00	Docteur A. BENGHAZI CARDIOLOGUE 275, Bd. Zerkouni Tél: 0522 39 98 48 Mobile: 0663 08 63 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RAIS Dr. Othman RAIS Rue de la Méditerranée Casablanca Tél: 0522 79 81 20 / 0522 79 71 01	29/08/2020	440,-

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
		A M	P C	I M	I V	

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'OD

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																
	<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
	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															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelhamid BENGHAZI
CARDIOLOGUE

Ancien Enseignant à la Faculté de Médecine
et au CHU Ibn Rochd de Casablanca
• C.F.S. de Cardiologie



الدكتور عبد الحميد بنغازي

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية
خريج جامعة باريس

أستاذ سابقا بكلية الطب والمركز الصحي الجامعي

إبن رشد بالدار البيضاء

ملحق سابقا في مستشفيات باريس لمصالح

وتشخيص أمراض القلب والأوعية الدموية بإسرة

رئيس مصلحة القلب سابقا وقسم

المكثفة في مصحات الضمان الإجتماعي

عضو المنظمة الفرنسية لأمراض القلب

بالموعد

Lot:
À consommer de
préférence avant le:

PPC: 99,00 DH

nc, le : 25-8-2020 : في : الدار البيضاء،

54. 23 Mm AMALON zine
Ramipril. win 5mg

55. 1cp le matin x 3 fois
Ansio vit

56. 2cp le matin 1cp à midi

Magnémar B6 (2 boîte)

1 gélule le soir

Lot:
A consommer de
préférence avant le:
PPC: 89,50 DH

440.

Lot:
A consommer de
préférence avant le:
PPC: 89,50 DH

Docteur A. BENGHAZI

CARDIOLOGUE
275, Bd. Zerkouni
Tél: 0522 39 98 48
- tél: 0663 08 63 80

PHARMACIE RAIS
Dr. Omar RAIS
62, Rue de la Mer Baltique
Ain Diab - Casablanca
Tél: 0522 79 81 52 / 0522 79 71 00

Votre prochain rendez-vous le:

☒ **valable 3 mois**

Le 25/08/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

DR. BENGHAZI Abdelkhamid

Certifie que Mlle, Mme, M. :

AMALOU ZINER

Présente

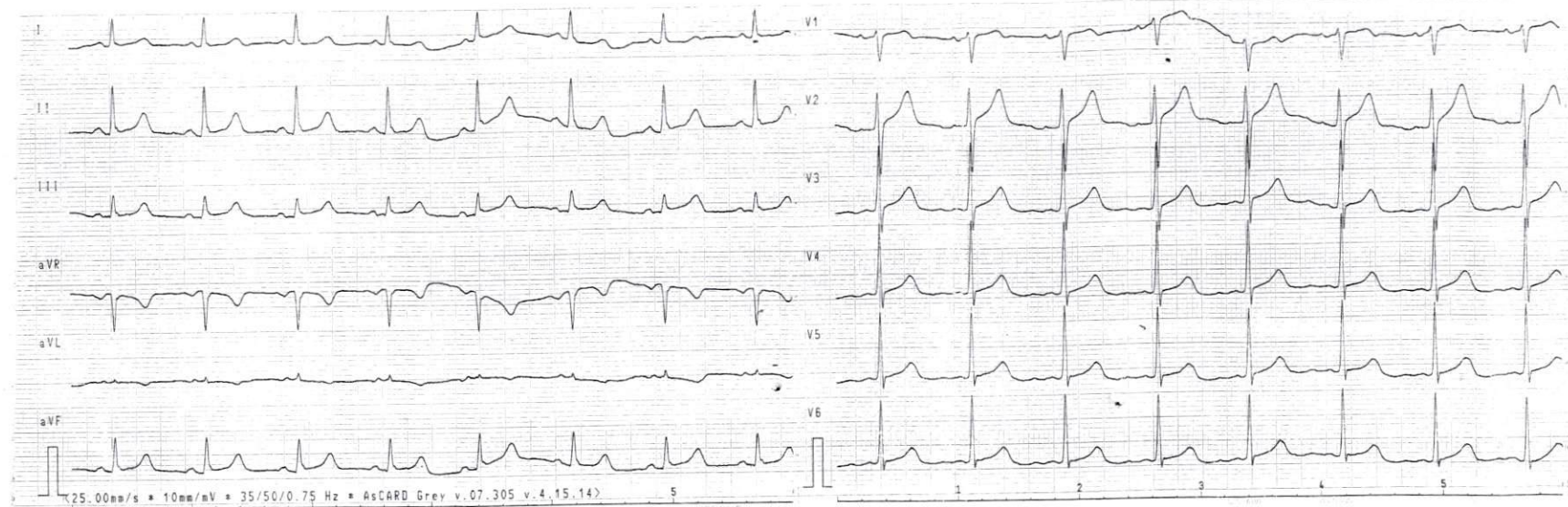
une HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

indéfinie (et de longue durée).

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)



**** CARINET ****
BENHAZI ABDELHAMID
275 BD ZERKTOUNI CASA
0522 399 848

**** PATIENT ****
Nom: AMALOU ZINEB N°: 377
Ne(e) le: ID:
Adresse:
Taille: Poids:

**** EXAMEN ****
Date d'examen 25.08.2020 11:15:37
Description de l'examen:

AsCARD Grey v.07.305 www.aspel.com.pl