

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, parodontologie 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

N° W19-431516

ACC 9

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11679

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ELIDRASSI Youssef

Date de naissance : 20/04/1976

Adresse : Rue 142 N° 157 Aïn Chok Casablanca

Tél. : 066 0250378 Total des frais engagés : 114 + 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Hakim BENZAKOUR
Chirurgien Dentiste
826, Bd. El Qods Hay Mandajouna
Aïn Chok - Casablanca
Tél : 05 22 50 00 81

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/03/19

Nom et prénom du malade : HAKIM AOU Sali

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Sinusite

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-431516

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 11679

Nom de l'adhérent(e) : ELIDRASSI

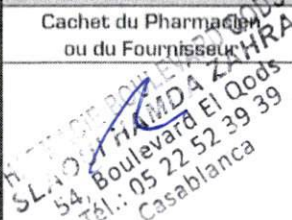
Total des frais engagés : 614 DH

Date de dépôt :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/07/19	114,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

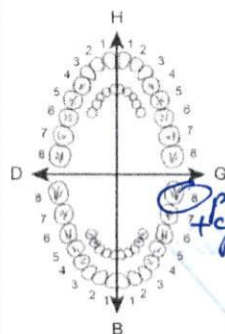
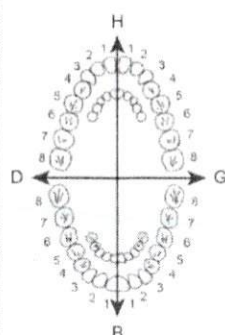
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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	INP : 094110888												
	3 8	Pulpeuse D7		COEFFICIENT DES TRAVAUX D12												
	3 8	Comperte D10		MONTANTS DES SOINS 600												
				DEBUT D'EXECUTION 03.07.19												
				FIN D'EXECUTION 12.07.19												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
				<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25833412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25833412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25833412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				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 Hakim BENZAKOUR
 Chirurgien - Dentiste
 826, Bd. El Qods Hay Mandarouna
 Ain Chok - Casablanca
 Tél: 05 22 50 00 81

Docteur Hakim BENZAKOUR
Chirurgien - Dentiste
826, Bd. El Quds Hay Mandarouna
Ain Chok - Casablanca
Tél : 05 22 50 00 81

Le: 03.07.19

ORDONNANCE

Makkaci Sakina

99.00 Atchou 1gr



1cc 2/4 - 1cc 1/2

15.80 Dalipance 100mg (eff.)



1cc 3/4 - 1cc 1/2

114.80

PHARMACIE BOULEVARD QODS
SLIM EL HAJI ZAHRA
54, Boulevard
Tél: 05 22 50 00 81

125 mg

optique
rale

LOT : 2702
PER : 04-21
P.P.V : 99DH00

de 12 sachets

PPV 130H30
PER 11/21
LOT H2385
15.80



Docteur Hakim BENZAKOUR
Chirurgien - Dentiste
826, Bd. El Quds Hay Mandarouna
Ain Chok - Casablanca
Tél : 05 22 50 00 81

Dr Hakim BENZAKOUR

Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Parodontologie

Diplômé de la Faculté de
Médecine de Paris VI

الدكتور حكيم بنزاكور
طبيب جراحى للأسنان
التخصصى فى أمراض وجراحة اللثة
تخرج كلية الطب بباريس IV

A casablanca le : 12.07.19

FACTURE

Je soussigné Dr BENZAKOUR, certifie avoir réalisé pour MAHMOUD Saline

les actes suivants :

- 1) Pulpectomie 38....., coefficient D₇, honoraires
- 2) Composit 38....., coefficient D₁₀, honoraires 3500
- 3), coefficient, honoraires
- 4), coefficient, honoraires
- 5), coefficient, honoraires

le total des honoraires étant de 500

cette facture est délivrée à l'intéressé par le Dr Hakim BENZAKOUR

Docteur Hakim BENZAKOUR
Chirurgien Dentiste
826, Bd. El Quds Hay Mandarine
Ain Chok - Casablanca
Tél : 05 22 50 00 81



V

Docteur Hakim BENZAKOUR
~~Chirurgien / Dentiste~~
826, Bd. El Quds Hay Mandarouna
~~Aïn Chok / Casablanca~~
Tel: 05 22 60 00 81