

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Declaration de Maladie

N° W19-521908

ND: 34052

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>4346</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>TOUFAK SMAIL</u>
Nom & Prénom : <u>TOUFAK SMAIL</u>		Date de naissance : <u>01/01/98</u>	
Adresse : <u>Médecine dentaire</u>		Tél. <u>05 22 20 45 45</u>	
		Total des frais engagés : DHS	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	 Dr. BENARFES TAARIFI Endocrinologie - Diabétologie Angle Route d'Azzemmour & Bd. Sidi Abderrahmane Imm. Commercial 1 N°10, 1er Etg Appt 62
Date de consultation :	<u>08/05/2010</u>
Nom et prénom du malade :	<u>TOUFAK SMAIL</u>
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<u>Diabète</u>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<u>Accident de la route</u>
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.	
INP : 091019786	

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 : 08/05/2010

Le : 08/05/2010

Signature de l'adhérent(e) : RH

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-521908
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 : <u>B16</u>	
Nom de l'adhérent(e) : <u>TOUFAK SMAIL</u>	
Total des frais engagés : <u>21.00</u>	
Date de dépôt : <u>21.00</u>	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
8.25.20	52	2500 H	INPI/03/01/1978/01 Docteur BENABEDS Endocrinologie - Diabétologie Angle Route d'Artemonvra Sud Méditerranée B.P. 10, 1er Etg Apt 62

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Lot Municipal N° 516 Bis, Hay 14 51229 51229	08.01. 2020	594.60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411 11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412 21433552	D	00000000 00000000	B	00000000 00000000	G	35533411 11433553	<p>MONTA DES SOI</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <p>45,20</p>
H	25533412 21433552								
D	00000000 00000000								
B	00000000 00000000								
G	35533411 11433553								
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>		<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>							

Docteur. BENABBES TAARJI F.Z

Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol

Traitement de l'Obésité - Maigreur

Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V

Sur Rendez-Vous



الدكتورة فــ زبــن عــباس (المعارجــ)

ال اختصاصية في أمراض الغدد - السكري

السمنة و الهرمونات

خريجة كلية الطب رونى ديكارت بياريس

بالموعد

ORDONNANCE

Casablanca, le :

08/05/2020

TOUFAH SMAIL

- Glyset 3 mg
2 COMP 2 fois par jour AVT REP 3 MOIS
 - Glucophage 850 mg
1 A MIDI ET LE SOIR AP REP 3 MOIS
 - Oedes 20 mg
1 GEL LE SOIR AVT REP 1 MOIS

594.67

Docteur BENABDES TAA
Endocrinologie - Diabetologie
Angle Route d'Azzenmouz & Bd.
Sidi Abderrahmane
Imm Communal N°10, 1er étg App

Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal 1^{er} Etage (à gauche)
Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 0522 93 31 49 - GSM (Urgence) : 0522 90 07 85 / 0661 08 15 48 - E-mail : drbenabbes@hotmail.fr