

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-473390

ND: 37296

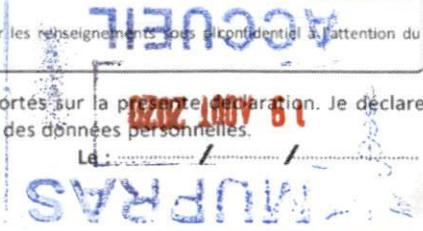
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 9785		RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Sillare Mohamed
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
		Adresse : LOT ENOUR RUE 11 N°10. Hay Hassani	
Tél. : 0661915342		Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 04/08/2020			
Nom et prénom du malade : SILLARE MALAK Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Soi-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Affet Rhumatology			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous le sceau de confidentialité 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
14/08/2020	C		15000	INP : 09M166504 Radiologie Pédiatrique N° 13 SDC 551 Khatib Casablanca 02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ASM Dr Aissa BEN NOUAR Lot N°98 Hay Hassam Casablanca Tel: 05 22 93 2 41	04-08-2002	264.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
04/08/2020 Signature : Dr. A. Bazzani Tél: 0522.91.16.02	04/08/2020	H5.00 FCC	50.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OOF.

DOCTEUR Hind BENCHEIKH

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

Médecine Générale

Échographie, E.C.G., Nutrition
Médecin Agréée par le Ministère de la Santé
Visite Médicale de Permis de Conduire



الدكتورة هند بن الشيخ

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

الطب العام

الفحص بالصدى، تخطيط القلب، التغذية

طبية معتمدة من طرف وزارة الصحة

الفحص الطبي لرخصة السياقة

Casablanca, le : 04.08.2020 الدار البيضاء، في

SILL MO F MAZ AK



115.00

- Dexamethasone

37.00

24p / 100m.



82.00

24p / 24p

- Dexadrol

24p / 24p

10g / 10g

- Voxicarb 200 mg

264.00



DOCTEUR Hind BENCHEIKH

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



Médecine Générale

Échographie, E.C.G., Nutrition

Médecin Agréée par le Ministère de la Santé

Visite Médicale de Permis de Conduire

الدكتورة هند بن الشيخ

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

الطب العام

الفحص بالصدى، تخطيط القلب، التغذية

طبية معتمدة من طرف وزارة الصحة

الفحص الطبي لرخصة السيارة

Casablanca, le : 04.08.2020 الدار البيضاء، في.

SILAH & MALAK.

donera retourner ce jeton

✓ & CB

DR HIND BENCHEIKH
Médecine Générale / Échographie / Nutrition / ECG
Agréée par le Ministère de la Santé
Visite Médicale de Permis de Conduire
Lot Nour Rue 16 N°19 RDC Sidi Khadir
Ray Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 91 59 02