

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.

Biologie 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.

Éducation :

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- 050281

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08219 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KHAZ HICHAM 46061
Date de naissance : 07-06-1965
Adresse : 6 PLOT 20 CGT BOUSKOURA
Tél. : 0661469595 Total des frais engagés : 832,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/09/2020
Nom et prénom du malade : KHAZ HICHA Age : 52
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Trafic
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.

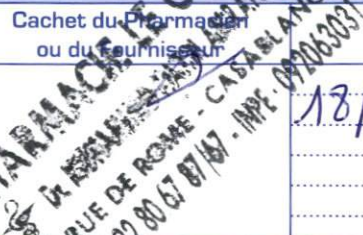
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 18/09/2020
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]


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
18/09/2020	G	1	300	 DR. DORAD BENLANKOUR ABDEL 05 22 45 05 / 05 61 20 09 41 05 22 45 05 / 05 61 20 09 41
18/09/2020	G	1	9	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE EL GALIEN 77, RUE DE ROME - CASABLANCA Tél: 05 22 80 67 87 - MPE 097063031	18/09/2020	282.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 05 22 45 05 / 05 61 20 09 41	18/09/2020	20 x 2	250

AUXILIAIRES MEDICAUX

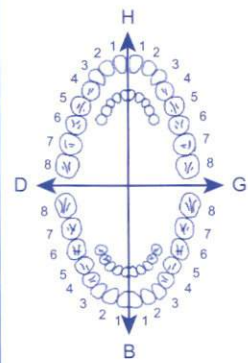
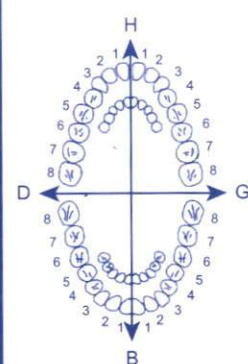
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. DORAID BENZAKOUR-KNIDEL

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Diplômé de l'Université de Grenoble

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de France

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires du Maroc

Traumatologie du Sport

Podologie - Arthroscopie

الدكتور دريد بنزاكور قنيدل

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج جامعة الطب بكرونويل

جراح سابقا بمستشفيات فرنسا

جراح سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

الآفات الرياضية - أمراض الرجل

الكشف بالمنظار الداخلي للمفاصل

Casablanca, Le

18.09.2020

PHARMACIE LE GALIEN
2, RUE DE MOHAMED DIOURI - CASABLANCA
Tél: 05 22 80 07 97 - 05 22 80 07 98

1^{er} KHB2 1/1

PPV: 58DH00
EXP: 02/2023
LOT: 9N019 2

SV

50 of 2 fm/1

49,40

2nd 1 of 2 fm/1

79.50 1 of

③ 13 Norm

96.00 1 5 G/11

④ 1/1

Lot:
A consommer
avant le:
PPC: 79,50DH

SV

PPV: 96DH00
PER: 11/22
LOT: J1031-1

SV

13222,90

Dr. DORAID BENZAKOUR-KNIDEL
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
7, Rue Mohamed DIOURI - Casa
Tél: 05 22 45 05 05 / 05 22 09 41

7. زقة محمد الديوري - الطابق الأول - الدار البيضاء

7, Rue Mohamed DIOURI - 1 er Etage - Casablanca

Tél: 05 22 45 05 05 - الهاتف - Urgence: 06 61 20 09 41 - المستعجلات

ICE: 001809928000059

Dr. DORAID BENZAKOUR-KNIDEL

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Diplômé de l'Université de Grenoble

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de France

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires du Maroc

Traumatologie du Sport

Podologie - Arthroscopie

الدكتور دريد بنزاكور قنيدل

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج جامعة الطب بكرونوبل

جراح سابقا بمستشفيات فرنسا

جراح سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

الآفات الرياضية - أمراض الرجل

الكشف بالمنظار الداخلي للمفاصل

Casablanca, Le18/09/2020.....

Mr KHBABZ HICHAM
COMPTE RENDU+FACTURE

Radiographie de la cheville gauche.

Face + Profil

Am du d'apine es leguene

Z10 x 2

250 DH

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS T.T.C

زقة محمد الديوري - الطابق الأول - الدار البيضاء

7, Rue Mohamed DIOURI - 1 er Etage - Casablanca

المستعجلات : 06 61 20 09 41 - Urgence : 06 61 20 09 41 - الهاتف : 05 22 45 05 05

ICE : 001809928000059