

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **tions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **tique :**

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.

## **ntaire :**

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° P19- 0009499**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3053

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

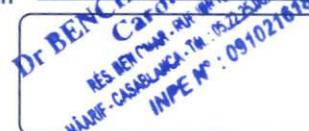
Nom & Prénom : MIR Zokaria Date de naissance : 23.03.1958

Adresse : Résidence Karim 2 Rue Hassan II Sidi Bou Saïd Val Fleuri 10000

Tél. : 06.18.85.66.24 Total des frais engagés : 0 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16 DEC. 2020

16 DEC. 2020

Age : 1978

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Marié Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Chatter DS élève

Céphalée

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : océphalée

MUPRAS

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

# 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
16/01/2020 07/02/2020 16/02/2020 07/03/2020	Lefter Holter TA/24	300,00 1000,00		Dr BENCHEKOUR DRISS RÉS SEN OMAR BP 100 MARRAKESH CASABLANCA TÉL: 0522 21 11 11 Dr BENCHEKOUR DRISS Cardiologue RÉS BENOMAR RUE OMAR NAFFS MARRAKESH INPE N° 891021618

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAABOUDI SETTOU 77, Rue Al Bachir Laaljal Cité Plateaux - Casablanca Tél: 0522 23 35 60 - 0522 23 35 61	18/01/2020	1581,00
	19/01/2020	
	20/01/2020	

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

# 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.

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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 00000000 35533411	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur BENCHEKROUN DRISS**  
 DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE TOULOUSE  
**CARDIOLOGUE**  
 DIPLOME D'ETUDES SPÉCIALES  
 DE CARDIOLOGIE  
**Maladies du Coeur et des Vaisseaux**  
 SUR RENDEZ-VOUS



الدكتور بن شقرورن ادريس  
 خريج كلية الطب بتولوز  
 اختصاصي في أمراض القلب  
 والشرايين  
 بالمياد

Casablanca, le ..... 18 DEC. 2020 ..... الدار البيضاء في

M MIR  
Zakaria

79,00 Dh SV  
Acaad 50  
100%  
158,00  
**PHARMACIE EL NAFISSA**  
LAABOUDI Selwa  
77, Rue Al Bachir Laâlaj  
Cité Plateaux - Casablanca  
Tél: 0522.25.96.06 - ICE: 001513.320

(286)

PPV (DH)	LOT N°	UT AV.
79,00DH	200126	03/2022
79,00DH	200126	03/2022

DR BENCHEKROUN DRISS  
 Cardiologue  
 RÉS. BEN OMAR - RUE IBN NAFFIS - IMMEUBLE «B» - MÂARIF - CASABLANCA  
 TÉL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67  
 INPE N° : 091021618

إقامة بن عمر - زنقة بن النفيس عمارة ب - المعاريف - الدار البيضاء  
 RÉSIDENCE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MÂARIF - CASABLANCA  
 TÉL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25



*Casablanca, le 17/12/2020*

**MR MIR ZAKARIA**

**NOTE D'HONORAIRE**

- Consultation + ECG .....	300.00 DH
- Holter Tensionnel de 24h.....	1.000.00 DH
TOTAL .....	1.300.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

**MILLE TROIS CENT DIRHAMS**

Dr. D. BENCHEKROUN

*Dr BENCHEKROUN DRISS  
Cardiologue  
Rés. BENOMAR, 1a - Casablanca  
INPEN : 091021618*