

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

- 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.

M22- 0019735

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1502

Société : R.A.M

Actif Pensionné(e)

Autre : docteur

Nom & Prénom : HABIB EL FETTACH

Date de naissance : 1.11.53

Adresse : Lot 4 Searq II Sidi Maârouf

CASA

Tél. : 066.113.72.51 Total des frais engagés : 522,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR BENOUNA H Houria
Médecine Générale - Echographie
Lot. Haddiou, Rue 3, N° 266 - Sidi
Maârouf III - Ouled Haddou - CASA
Tél: 0522.32.13.29
INPE: 091173120

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28.09.2022

Nom et prénom du malade : Habib Radide Age :

Lien de parenté : Marié Même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : maladie chronique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Casa

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : cliff

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
08/09/17	cn		1000	DR BENJAMIN HADDOU CASA Médecin Généraliste 105 Avenue Haddou, N° 1329 911003120

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 مصلية الأبر والمستلزمات الطبية Pharmacie les Idrissides 05 22 32 10 80 28/09/2022	28/09/2022	42240

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows the lower jaw (mandible) with numbered teeth from 1 to 8 on both the upper and lower arches. A vertical arrow labeled 'H' at the top points downwards, indicating the direction of occlusion. A horizontal arrow labeled 'D' on the left points to the left, and a horizontal arrow labeled 'G' on the right points to the right. A vertical arrow labeled 'B' at the bottom points upwards.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Houria BENOUNA

Médecine Générale

Echographie

LOTISSEMENT HADDIOUI, Rue 3, N° 266

Sidi Maârouf III, OULED Haddou - Casablanca

Tél. : 0522 32 13 29

COOPER PHARMA
PPV: 32,60 DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

د حدو - الدار البيضاء

0522 32 13

22,40

ORDONNANCE

Casablanca, le :

28/08/22

: في البيضاء، د

122,40

Haddid Rachida

- Neoftan 160

N° 8

S.V

02x98,80

3 g/d

S.V

- Rinacemic

38M.

S.V

22,70

- Neadol

3 caps/j

S.V

32,60

- Codolipnearer N° 3

22,20 x 03

30g



53,10

- Reladol

30M.

S.V

49,80

- Flagyl 500

30g (j)

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 04/2025
LOT 23022 3

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 12/2024
LOT 10044 5

PPV: 22DH20
PER: 01/23
LOT: K233

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
LOT: 216013
PER: 09/2024
6 118000 0600833
FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80
LOT: 206034
6 118000 060062

PPV: 22DH20
PER: 01/23
LOT: K232