

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

- Reclamation : 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° M21- 069542

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7181 Société : 136622

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IMAKOR BRAHIM

Date de naissance : 08.02.1962 case

Adresse : Bloc 26 Rue 04 N°02 HAYTILILA AGADIR

Tél. : 0567122441 Total des frais engagés : 209,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/02/2022

Nom et prénom du malade : BAHHOU NAIMA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Angine

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/09/21		1	100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur EL IRABI Zineb Im. Agdal Rue Ghazza M47 Tél: 0528285520	Date 27/09/2022	Montant de la Facture 109,00

109.00

042069013

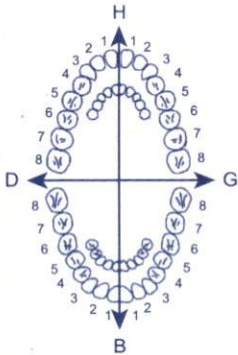
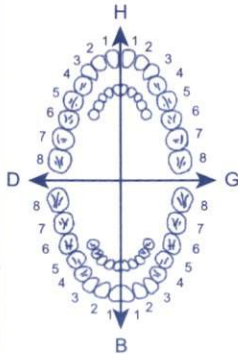
[illegible]Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>														
	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Coefficient

FIN
D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

DATE DE L'EXECUTION

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ANOIR Hakim

الدكتور أنوار حكيم

- Diplome universitaire de diabétologie
(Université de paris 13)
- Certificat médical du permis de conduire
- C.U d'échographie générale
- E.C.G

- ديبلوم جامعي في مرض السكري
(جامعة باريس 13)
- الشهادة الطبية لرخصة القيادة
- شهادة جامعية للفحص بالصدى
- تخطيط القلب

الطب العام
Médecine générale

21/09/22

Bouhou NAIMA

109,00

1/ Zanax 150 mg

15x21. 6 yr

2/ Dapen 400

15x31

3/ S-car 200 mg

3 yr le matin

PPV: 109DH00
PER: 04-25
LOT: L 1494

صيدلية أجدال
Pharmacie AGDAL
Dr. EL IRAHIM Zineb
Lot. Tifla Imm. Agadir Rue Ghazza
N° 1447 Tél: 05 28 28 5520

042069013

Dr. Hakim ANOIR
Médecine Générale
Av. Tifaouine, Hay Tifla - Agadir
Tél: 05 28 28 43 96

شارع تيفوين رقم 1943 حي تليللا - أكادير - الهاتف: 05 28 28 43 96 - المحمول 06 62 17 17 19
Avenue Tifaouine N° 1943 Tilila - Agadir - Tél.: 05 28 28 43 96 - GSM: 06 62 17 17 19

Dr. ANOIR Hakim

- Diplome universitaire de diabétologie
(Université de paris 13)
- Certificat médical du permis de conduire
- C.U d'échographie générale
- E.C.G



الطب العام
Médecine générale



- الدكتور أنوار حكيم
- دبلوم جامعي في مرض السكري
(جامعة باريس 13)
- الشهادة الطبية لرخصة السياقة
- شهادة جامعية للفحص بالصدى
- تخطيط القلب

21/09/22

Facture

Nom: BOUHOJ

Prénom: NAÏMA

Pro payé par C₁ = 100,00 DHS

Dr. Hakim ANOIR
Médecine Générale
Av. Tifaouine, Hay Tilila - AGADIR
Tél : 05 28 28 43 96