

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
BOF

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HANAFI BTASSAM

Date de naissance :

Adresse :

LOT 11 BAYROUNI - Rue Ibnou Djhir - Boujdour

Tél. :

0661210764

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

ABITAL RASOUANE

Age :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : *25/01/2023*

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

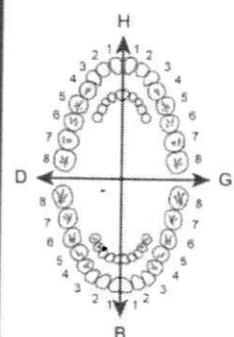
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

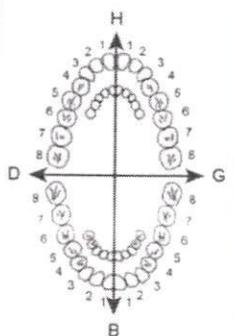
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
-----------------	----------------	------------------	-------------	----------------------------



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DÉTAIL AMO

X

Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
89368094	754.6	Payé	06/12/2022		Virement assuré

[Fermer](#)

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
02-11-2022	(Contrôle abdo)			<p>Dr. Zirak - CLINIQUE D'ENDOCRINOLOGIE 40, Angle Rue des Hirondelles et Rue Dubail - 1050 Bruxelles Tél : 02 22 20 23 45 / 02 22 48 27 75 INPE : 001130383 - IEF : 001132743</p>	
INPE et code à Barres					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين		
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical		
INPE et code à Barres							
INPE et code à Barres							

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						عمليات الإحياء، الأشعة و الصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biogiste		
INPE et code à Barres 						
INPE et code à Barres 						

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca
Sur Rendez-vous



الدكتورة زينب السلاوي الديوري

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

بالموعد

Casablanca, le : 2 M 2022 الدار البيضاء، في :

DR Redouane ABATAL

130,00

Lecteur de Glycémie

" Accueille Instant "

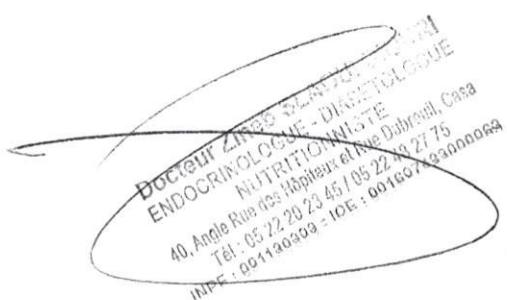
140,00 x 5

Bandes testes

980,00

10 Boîtes de 25

ORLIMEDIS NEGOCIE SAU
Agence 20 Août
N° 22 Bis, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casablanca
et Rue de la Plage - Casablanca
Tél. : 00 169743300063 - 00 169743300065



ORLIMEDIS NEGOCE

Facture N° : FC2206334

Date	CLIENT	PAGE
05/11/22	34210475	1

M ABATAL REDOUANE

CAISSE 28-03-22

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
CAISSE 28-03-22	20AOUT	NONE	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U TTC	Mt TTC
07819307078	1	GLUCOMETRE ACCU-CHEK INSTANT	20%	130,00	130,00
07819382078	1	BANDELETTE ACCU-CHEK INSTANT 50	20%	170,00	170,00
07819382078	4	BANDELETTE ACCU-CHEK INSTANT 50	20%	170,00	680,00

ORLIMEDIS NEGOCE SARL
Agence 20 Août
N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjouna
et Rue de la Place - Casablanca
Tél : 05 22 20 39 39

MT HT	TVA	MT TVA	Total HT	Mt TVA	Total TTC
816,67	20%	163,33	816,67	163,33	980,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:
980,00

DHs