

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

	
<p>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.</p>	
<p>Fait à : <i>Bouznika</i> Le : <i>08/02/2023</i></p>	
<p>Signature de l'adhérent(e) : <i>[Signature]</i></p>	

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
08/02/23	L	1	# 804	Omar Ben Mbarek Médecin Généraliste Cas d'urgence : 06 37 64 91 79 INPE : 061188827

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Professeur	Date	Montant de la Facture
Réf. A.MACIE REGHAY Loyer: 8000 Ghita N° 8, Imm. Al Fatiha Biouznika, Ben Slimane Tél / Fax: 06 37 74 56 43 INPE: 062081187	08/02/2023	175,60

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
		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
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet Dr. Omar Benmbarek

Médecin Généraliste



Importateur Exclusif

BIOCODEX MAROC

B.P 126 Nouaceur

www.biocodex.ma

P.P.C.: 145,00 DH

17225/02

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament
N° DA2018050245DMP/20UCA / MA v4

LOT

221043

EXP

04 2025

PPV

30.60

Ordonnance

Bouznika le : 08/08/2015

Nom et prénom : Khalouti Hassna

30,60

1) Nalgesic 300 mg

M.G. 2 □ □ □

2) Léo phanères

175,60

PHARMACIE REGHAY
Lotissement Ghita N° 8, Imm. Al Fatiha
Bouznika, Ben Slimane
Tél/Fax: 05 37 74 56 43
INPE: 062081187

Dr. OMAR BENMBAREK
Médecin Généraliste
1028, Hay Riad - BOUZNIKA
Tél: 05 37 64 91 79
en cas d'urgence : 06 72 43 50 87
INPE: 061188827

Adresse : 1028 hay riad bouznika

العنوان : حي الرياض رقم 1028 ببوزنيقة

Fix : 05 37 64 91 79

الهاتف : 05 37 64 91 79

Portable en cas d'urgence : 06 72 43 50 87

المحمول في الحالات الممتوجة : 06 72 43 50 87

E-mail : Dr.Omar.Benmbarek@gmail.com

البريد الإلكتروني : Dr.Omar.Benmbarek@gmail.com