

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- 0051240

156628

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricole : 07943

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benjelloun Zahra

Date de naissance : 20/07/1960

Adresse : 113 Rue EL fakr El Aqrab

Tél. : 06 614 956 56 Total des frais engagés : 1390 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



6 AVR 2016

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Benjelloun Zahra, Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA - gagnole

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

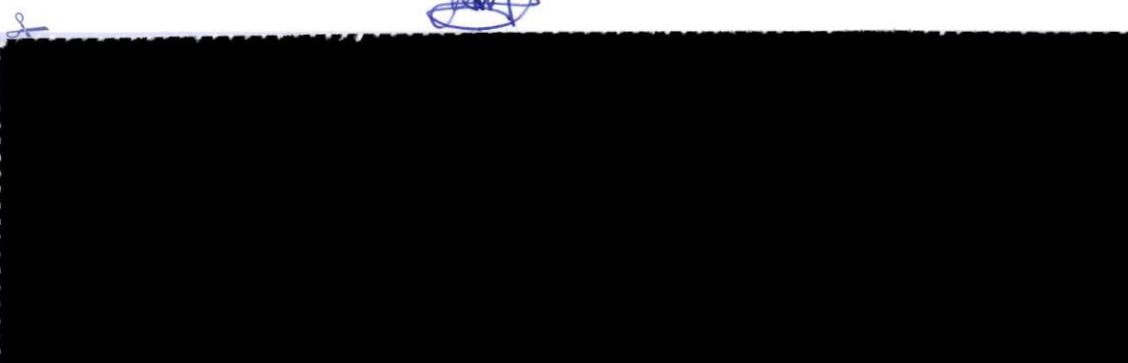
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
18 AOUT 2012			2000	 Dr. Nouredine Normati Médecin Générale Permis Conduire Natalie Maârif Casablanca 22/08/2012 F A 1 R 2

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE BIR ALZARANE Mme ALI NAJY, ZLAHLOU 94, Rue Gadi Iyass B.J. BIR ALZARANE TEL : 25.43.95 - CASA	06/04/2023	1190,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

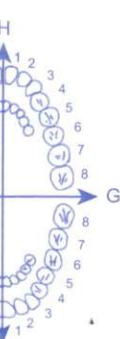
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT			

O.D.F
PROTHESES DENTAIBLES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

PROTHESES DENTAIRES		MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX																	
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		11433553		B			
H																					
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
D																					
00000000																					
35533411																					
11433553																					
B																					
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																			
				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

Dr. HORMAT Noureddine

Médecine Générale

Echographie Générale

Médecin Agrée pour Permis de Conduire

51, Rue Ibnou Nafiss Angle (ex Jura et Faucilles)

Maârif - CASABLANCA

Tél : 05 22 25 81 82

مصحة زاران
Dr. HORMAT
Mme ALI Nafissi, 51.4HLOU
94, Rue Cadi Yass 33, Casablanca
Tél. : 25.43.95 - CASA

الدكتور حرمات نور الدين

الطب العام

الفحص بالصدى

طبيب مقبول لرخصة السياقة

51، زنقة ابن النفيس

المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 25 81 82

دار البيضاء في : Casablanca, le :

Benjelloun Zadou

7556

Brinsprigel

57.70

Adicbens 56

299.80

Hexabau 15

299.80

Rugby 100

95.00

Effolix 500

207.00 x 2
119.000

Teridex 10 (200)

Dr. HORMAT Noureddine
Médecine Générale
Médecin Agrée Permis Conduire
51, Rue Nafissi Maârif Casablanca
Tél. : 05 22 25 81 82

PER. 11/2026
LOT. 21650
FLAGYL 500 mg
CP PEL 820
P.P.V. 49DH00

5 118000 060062

PFW:75DHS0
PFE:11/23
LOT:K3280

5 mg EFexin 500
Lot: 220191 EXP: 02/2027
PPV: 95,00 DH