

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

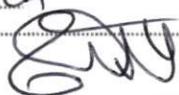
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-689322

AS 7058

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	7058	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BEN MOUSSA YASSIR
Nom & Prénom :		BEN MOUSSA YASSIR	
Date de naissance :		9/8/69	
Adresse :		19 Rue July Gres 00555	
Tél. :	066/210466	Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Docteur Abderrafl BENABDENNBI CHIRURGIEN TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE Bd. de la Résistance - Résidence Casa 1 2^{ème} Etage N° 204 - CASABLANCA Tel. : 0522.44.93.39 - Fax : 0522.44.93.42 IPE : 081020255 </div> <p>Date de consultation : 01/03/2023</p> <p>Nom et prénom du malade : BEN MOUSSA YASSIR Age:</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : TENDINOPATHIE SYNOVITE</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</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.
 Fait à : CASABLANCA Le : 12 AVR 2023
 Signature de l'adhérent(e) : 

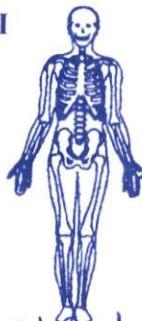
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>				
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>				
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21432552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array} $			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>				

PPU 16DH50
EXP 05/2025
LOT 22021 8A

LIDOCAINE
LA PROPHAN®
OCS

afi BENABDENBI
RURGIEN
- ORTHOPÉDISTE
à la Faculté de Médecine
es Hôpitaux de Toulouse
après des Tribunaux
membre de S.I.C.O.T.

Bd. de la résistance - Résidence Casa I
2ème Etage N° 204 - Casablanca
Tél. : 05 22 44 93 39



الدكتور عبد الرفيع بن عبد النبي
طبيب جراح في العظام والمفاصل
محلف لدى المحاكم بالدار البيضاء
عضو في المنظمة العالمية للجراحة

شارع المقاومة إقامة البيضاء، 1
الطابق الثاني، رقم 204 - الدار البيضاء.
الهاتف : 05 22 44 93 39

Casablanca, le 01/3/2023 الدار البيضاء، في

Pinrostène®

Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMR/21/NRO
P.P.V: 56.60 DH

ason

56,60

PROSTENE

16,60

OCANE 2%



N° 1838 (14)



SOLINONE A INSULINE

18,80

CODAMOL 500 EFF



1cp En 1 j x 10

338,00

HYALGAN



COOPER PHARMA

PPV: 338.00 DH

Hyalgan

Hyaluronic acid



T 94,39.90