

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	2395	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	161026
Nom & Prénom :		EL HABBOUD MOHAMED	
Date de naissance :		1946 30.6 - 1946	
Adresse :		HAY ESSALAM 29 SNT 1M 5 N° 940 OLFA CAD	
Tél. :		0666734809 491,60 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11.05.23	29165

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

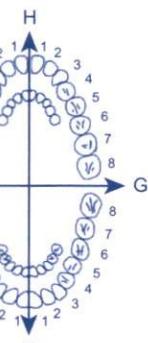
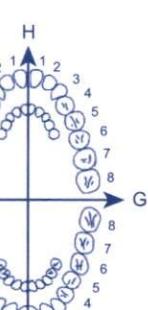
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553
	B			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Imane Benouhoud

Diplômée de la faculté
de Médecine de Casablanca
Médecine Générale

Nutritioniste

Médecin agréé par le Ministère de la santé
Visite Médicale pour permis de conduire

الدكتورة إيمان بنوحوظ

خريجة كلية الطب

الدار البيضاء.

الطب العام

اختصاصية في الгинمائية والتغذية

طبيبة معتمدة من طرف وزارة الصحة

ال الشخص الطبي لرخصة السياقة



Casablanca, le :

13/05/2023

Mme INAHAREN FATHNA

87,00

1) BIOVANIC cp 500



1 cp/12 P d. 7 Jour
67.90



2) Toudak

1 ca x 3 fl x P d. 7 Jour

42,00

LOT : 230070
EXP : 02/2026
PPV : 42,700

3) ALER-2

Boîte

Docteur IMANE BENOUHOU
Médecin Généraliste - Nutritioniste
Médecin Agrée par le Ministère de la Santé
Visite Médicale pour permis de Conduire
Résidence Arreda, GH 6, N° 4 A 35
Casablanca - Tel : 05 22 93 15 78

(ex)

1 cp/12 P d.

إقامة الرضا 6، رقم 4، العمارة 35، (قرب الحاج فاتح) الأ Lange - الدار البيضاء.

الهاتف : 05 22 93 15 79

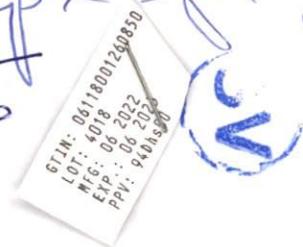
Résidence Arreda, GH 6, N° 4 A 35 (près de Haj Fateh) Hay El Oulfa Casablanca.

INPE : 0091164749 / ICE : 001892910000051

4) Myoflex

9415 gpx 300g

Pd 73



291.60

Docteur IMANE BENOUHOUD
Generaliste - Nutritioniste
Médecin Agrée Par le Ministère de la Santé
(Visite Médicale pour Permis de Conduire)
Résidence Arreda, Ghar Imm 23
Casablanca - Tel: 05 22 22 22 22

PHARMACIE ANNASR
MENNOOR
Centre de pharmacie
ASSOCIATION EL GULFA
Tél: 05 22 22 22 22 - Fax: 05 22 22 22 23