

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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)

Matricule : 4540

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENBLYA

Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 254.04 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/07/2023

Nom et prénom du malade : MARINA Amir Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : fr

Sur le dos

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 : CAZA 25/10/2023

Le : 24/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

BENBLYA



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES ACTES 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
26/12/13	(8)		300000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/07/2023	454,20

ANALYSES - RADIographies

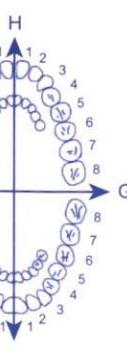
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 [Empty box]
				MONTANTS DES SOINS [Empty box]
				DEBUT D'EXECUTION [Empty box]
				FIN D'EXECUTION [Empty box]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		Coefficient DES TRAVAUX [Empty box]
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS [Empty box]
				DATE DU DEVIS [Empty box]
				DATE DE L'EXECUTION [Empty box]

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdellah OUARDINI

Psychiatre

دكتور عبد الله ورديني

اختصاصي في الطب النفسي

26 / 7 / 2023.

Nr ABDOU Amir

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 651661
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 651661
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 651661
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 651661
6 118001 140237

(83,70) x 5

Décaudat 25 ml.



GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 651661
6 118001 140237

(35,70)

Al prét 0,1 ml.

T = 454,20 1 cop le 12/7/2023

x 2 mois

Dr. Abdellah OUARDINI
Psychiatre - Psychothérapeute
135, Av. Allal Ben Abdellah
2ème étage, N°3 - Rabat
Tel.: 05 37 20 66 69
INP : 101116275

135، شارع علال بن عبد الله - رقم 3 - الرباط - الهاتف / الفاكس : 05 37 20 66 69

135, Av. Allal Ben Abdellah, App. N° 3 - Rabat - Tél. / Fax : 05 37 20 66 69

البريد الإلكتروني : aouardini@hotmail.com