

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Matricule : 03268 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : Retraité

Nom & Prénom : K.H.D. Didi Société : Abdellaziz

Date de naissance : 06/02/1953

Adresse : 379 Bd PANORAMIQUE CASA

Tél. : 0664790914 Total des frais engagés : # 527,50# Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KHIDIRI Abdela HIZ

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Age: _____

Nature de la maladie : BPF

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 : 25/05/2023

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
23 SEP 2023	G		# 200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/09/23	327,50

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G	

COEFFICIENT DES TRAVAUX	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelaziz ANBARI

Médecine Générale

DU en diabétologie (Montpellier)

DU en diététique et nutrition (Montpellier)

DU d'expertise Médicale et de

Réparation du Dommage Corporel

Assermenté auprès des tribunaux

N° 550 Bd Modibo- Keita

C.P 20550 - Casablanca



الدكتور عبد العزيز عنبرى

الطب العام

دبلوم في مرض السكري (مونتوبoli)

دبلوم في الحمية و التغذية (مونتوبoli)

دبلوم في الخبرة الطبية

طبيب محلف لدى المحاكم

550 - شارع موديبو كيتا

20550 - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 28 39 35

المحمول : 06 61 41 52 00

E-mail : a.anbari@menara.ma

23 SEPT 2023

Casablanca, le :

PPU: 120,40 DH
LOT: 650297
PER: 08/24

PHARMED LOT : 3394
UT.AV: 03-26
PPV: 20DH00

120,40 1, Clavulani 5g (2) S.V

21,00 2, Febrex (1) S.V

15,30 3, Vitamine C 1000 S.V

1g x 38/-

85,50 4, Clazeu XL (16bte) S.V

1g/-

40,00 5, Peedue 20 (1) S.V

2g/j de matin
x 5 jours

85,10

PPV (DH): 40,00

WB 130
6, Ventoline (+)

(S.V)

2 boîtes / 1 de

LOT
EXP
PPV

FM9S
09 2024
45,30 DH

PHARMACEUTICALS
Boulevard Modibo Keita
Mali - 01000 - S.A.
Tél: 010 45 22 80
Fax: 010 45 22 80 35

32x 50
32x 50

32x 50
32x 50

