

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

M23-000015

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 6119 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ANANE Abdellmajid N82283

Date de naissance : 26-02-1962

Adresse : Salili 1 B 3 I'hamed Marrakech

Tél. : 0665648785

Total des frais engagés : 310,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. OMAR BENMBAREK
Médecin Généraliste
1028, Hay Riad - BOUZNIKA
Tél : 05 37 64 91 79
en cas d'urgence : 06 72 43 50 87
INPE : 061188827

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/10/93

Nom et prénom du malade : Anane Abdellmajid Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

shet

Enfant

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

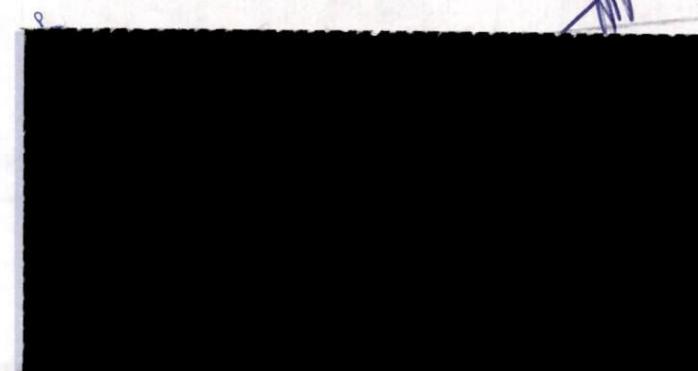
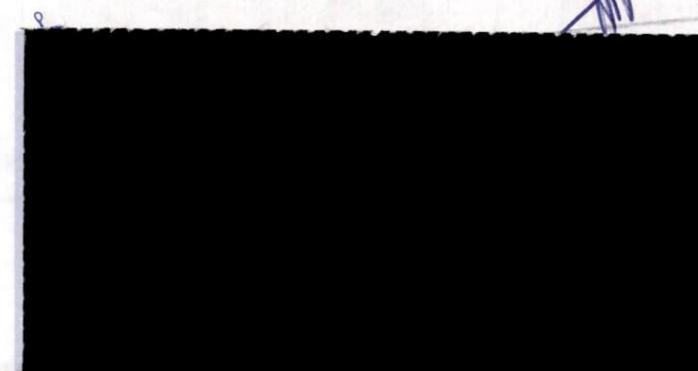
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Bouznika

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
07/10/25	C		# 80,-	Dr. OMAR BENI Médecin Généraliste Hay Riad - BOURZAG Télé: 0531649119 Residence: 0672435081 Fax: 06188827

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE REGINA Lotissement Ghita N° 8, I.M.M. Al Faïha Biuzaika Ben Shitane Tél/Fax: 05 37 74 56 43 INPE: 062081187	03/10/2023	233,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch, likely upper or lower, with teeth numbered from 1 to 8 on both the left and right sides. Each tooth is accompanied by a symbol representing a specific dental condition or treatment plan:

- Left Side (Anterior teeth):**
 - Tooth 1: Circle with a cross (X)
 - Tooth 2: Circle with a cross (X)
 - Tooth 3: Circle with a cross (X)
 - Tooth 4: Circle with a cross (X)
 - Tooth 5: Circle with a cross (X)
 - Tooth 6: Circle with a cross (X)
 - Tooth 7: Circle with a cross (X)
 - Tooth 8: Circle with a cross (X)
- Right Side (Posterior teeth):**
 - Tooth 1: Circle with a cross (X)
 - Tooth 2: Circle with a cross (X)
 - Tooth 3: Circle with a cross (X)
 - Tooth 4: Circle with a cross (X)
 - Tooth 5: Circle with a cross (X)
 - Tooth 6: Circle with a cross (X)
 - Tooth 7: Circle with a cross (X)
 - Tooth 8: Circle with a cross (X)

A large letter 'D' is positioned above the arch, and a large letter 'B' is positioned below it, indicating the direction of the arch.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet Dr. Omar Benmbarek

Médecin Généraliste



عيادة الدكتور عمر بنمبarket

طبيب عام

Ordonnance

Bouznika le : 03/10/825

Nom et prénom : ANANE Ahdafid

1)

Pro dri do 3 cp

3 - 0 - 0

2)

A zia 500 g

15,30

0 ^ 0

3)

Vita. 1100 cp

49,00 x 2 = 98,00

4) Do ci vo a - syrup

1 ^ 1 ^ 1

235,-

العنوان : جع الرياض رقم 1028 ببوزينة

الهاتف : 05 37 64 91 79 05 37 64 91 79

Portable en cas d'urgence : 06 72 43 50 87 06 72 43 50 87

E-mail : Dr.Omar.Benmbarek@gmail.com Dr.Omar.Benmbarek@gmail.com البريد الإلكتروني :

PHARMACIE REGHA
Lotissement Ghita N° 8, Inini, Al Faïza
Bouznika, Ben Slimane
Tél/Fax: 05 37 45 56 43
INPE: 062081187

DR. OMAR BENMBAREK
Médecin Généraliste
1028, Hay Riad - BOUZNICA
Tél: 05 37 64 91 79
en cas d'urgence: 06 72 43 50 87
INPE: 06 72 43 50 87

EPV: 79DH70
LOT: M2217
PER: 06/26

