

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1545

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENYASS ABDELHAFID

Date de naissance :

08/03/54

Adresse :

LOT 125 TRANCHE D LMARINA TABIDA

SIDI OTHMANE CASABLANCA

Tél. :

0662189350

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Dr Benyass Abdellatif

Age :

Nom et prénom du malade :

Dr Benyass Abdellatif

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Trigano

Affection longue durée ou chronique :

ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

27 DEC 2023

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

Signature de l'adhérent(e) :



NFC: 091007470

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
	C		G	Dr. NABIL Naima Médecin Dentiste exercice professionnel Centre dentaire Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LIAIS AL JADDAH	25/12/2023	602,90

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	
		AM	PC	IM	IV	

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 <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											Nature des Soins <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											Coefficient <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>													
COEFFICIENT DES TRAVAUX																																				
MONTANTS DES SOINS																																				
DEBUT D'EXECUTION																																				
FIN D'EXECUTION																																				
COEFFICIENT DES TRAVAUX																																				
MONTANTS DES SOINS																																				
DATE DU DEVIS																																				
DATE DE L'EXECUTION																																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td>H</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table>	H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	D	G	B		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	<table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>										
		H	21433552																																	
		25533412	00000000																																	
		00000000	00000000																																	
		35533411	11433553																																	
		D	G																																	
		B																																		
COEFFICIENT DES TRAVAUX																																				
MONTANTS DES SOINS																																				
DATE DU DEVIS																																				
DATE DE L'EXECUTION																																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Et de la Protection Sociale
Direction Régionale Casablanca - Settat
Délégation à la Préfecture d'Arrondissement
Au Chock



الملكة المغربية

١٤٥٠٤٨٤٨٥٤

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

٢٠١٤٨٤٨٥٤٦٥٣٦

المديرية الجهوية للصحة الدار البيضاء سطات

مندوبية عمالة مقاطعة عين الشق

Dr. NAB'H Naïma
Médecin de Travail
et des Maladies
Professionnelles

Ordonnance

Le 25-12-2023

Benjamen Addi Phafid



39,73
1)

Funcionaria crise
4apt x 31,1 crie to;

eff

62,40

Equipe

PHARMACIE
AL TADIDA
LAALOU Faten
PHARMACIE
AL TADIDA
LAALOU Faten
PHARMACIE
AL TADIDA
LAALOU Faten
PHARMACIE
AL TADIDA
LAALOU Faten



199,00 x 2

Equipe

25-12-2023

51,40 x 237

Spencer
ea f

602,90





LOT : 230260
EXP : 02/2026
PPV : 199,00DH



Barcode: 1118001101054
Text: 9.00DH 12026 1238 TEGUMMA® 250 mg 28 comprimidos de 660 mg

PER: 02-2025
PPI: 62, 40DH
LOT: 23A192