

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.

N° W21-807359

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9496	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NIKEL Namza
Nom & Prénom : NIKEL Namza			
Date de naissance : 15/09/1966			
Adresse : ARAYAHINE VILLA 15 Tamesna			
Tél. : 06 66 86 05 75	Total des frais engagés : 313,80 Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Dr. Mohammed BENABOUD Médecin Général INPE: 01288887 Tél : 0530 12 07 63 / 06 87 67 95 90	
Date de consultation : 23/01/24	Nom et prénom du malade : NIKEL Namza	
Age: 57		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Grippe		
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 : *Carap* **Le :** *26/01/2024*

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
Se 23/01/24	consultation	100 DH		<p>Dr Mohammed BENABOUD Médecine Générale INPE : 041288007 Tél: 0530 12 07 63 70 87 67 95 90</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR. EL ZAGHOURI</i> Les Coop. Armed ZAGHOURI	23-04-2024	213,62

ANALYSES - RADIGRAPHIES

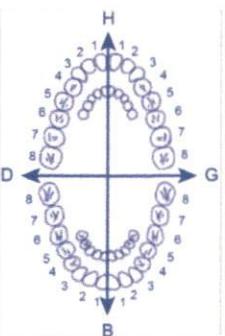
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

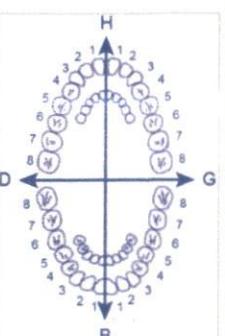
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMED
LOT :4349
UT.AV: 05-26
PPV :20DH00

A24050

Vita C1000®

PPV 45DH30
EXP 02/2026
LOT 3102025

NEOVIMAG®
375 mg

PPC : 99,50 DH
LOT : NG07
EXP : 12/26

DISPENSATION
Date : 2026-05-26
Signature : Dr. B. B.
Signature : Dr. B. B.

8 032578 477337

عيادة الدكتور محمد بن عبود

الطب العام

الكشف بالصدى

الجامة . تخطيط القلب

الامراض المزمنة



Lot: 230764

À consommer avant le: 09/2026

PPC: 79,00 DH

INPE : 041288887

Ordonnance :

HAMZA NIKEL

20.00 - Febnex

3 sachet par jour pdt 7j

25.00 - Apisal Sinop

1 cuil 1x3 fois par j pdt 7j

15.00 - Vit C 1000 mg

1 fois par jour

20.00 - Neovimag 375 mg

1 cp/j pdt 1 mois

الطب العام
Dr. ELZAGHMOURI HICHAM
In 1 Mag 2 Lot Les Coop Ar med Tamesna
Tél: 0537 41 64 24 / INPE: 041288887

Dr. Mohammed BENABOUD
Médecine Générale
INPE : 041288887
Tél: 0530 12 07 63 / 06 87 67 95 90

Résidence perle de zaïr.Immeuble GH3 .App B2

TAMESNA « Face à pharmacie Soussan »

05 30 12 07 63 / 06 87 67 95 90

Dr.benaboud@yahoo.com

www.medecintamesna.com

اقامة جوهرة زعير عمارة GH3 شقة B2
تامسنا / قبالة صيدلية تامسنا