

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11935

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENTALEB NISRINE

200604

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661.16.12.38 Total des frais engagés : 431.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHBANI Abdellah
Médecin du Travail
Hôpital My Youssef - Casa
INPE : 91031500

Date de consultation : 19/02/2024

Nom et prénom du malade : BENTALEB Nisrine Age : 30

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AP

Pathologie : Pathologique + NIV D

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : 2024

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 :

Le : 29/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
19/02/2024	C1	150	Dr. CHABANI Médecin du Travail Hôpital MY Youssef - Casa INPE : 91031500	<i>[Handwritten signatures]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HAMDOLILLAH Dr. LAIDI Hafida Anssari n°123 Lar Bouazza - Casablanca T : 0522.29.09.40 / WHATSSAP : 06.00.73.33.76 ICL : 003033210000066 INPE : 092067214	19/02/2024	431.70

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS
D	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

MUPFAS - Centre Anti-Soudure
Casablanca 20000



ORDONNANCE

Mme Nisrine BENTALEB

$79,70 \times 3 = 239,10$

1/ Zithromax 500
1 cp/j pdt 3J

س.ا.

$141,60 \times 2 = 283,20$

2/ Doliprane cp 1000
1 cp x 2/j

س.ب.

$49,60 \times 2 = 148,80$

3/ D-cive forte amp. buv
1 amp buv / 15 pdt 3 mes

س.ج.

TOTAL: 431,70

PHARMACIE EL HAMDOUILLAH
 DR. ZAIDI Hafida
 100, rue Bouazza - Casablanca
 Tél: 0524 444 0000 / 0524 444 0001
 Fax: 0524 444 0002 / 0524 444 0003
 INPE: 91081500

Dr. CHBANI Abdellah
 Médecin du Travail
 Hôpital My Youssef - Casa
 INPE: 91081500

[Handwritten signature]

PPV: 49,60 DH
LOT: 23B09
EXP: 02/2026

X2 ←
Gel

UT.AV. 07 2024

P.P.V.

79 70

X3 ←
Gel

LOT N°: GJ8595

Mu60
PPV 14 DH 60
PER 07/26
LOT M2526

X3 ←
Gel

42

201