

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 : 7035 Société : R 801373
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : OUMLAL LATCEEN
 Date de naissance : 27 - 01 - 1961
 Adresse : BLOC 01 N° 307 EL Y HADIA
 D.C.H.A.R.A. D.N.Z.G.A.N.C.
 Tél. : 0666716930 Total des frais engagés : 733,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18 / 03 / 2021

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douleurs pelviennes

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 : _____ / _____ / _____

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18.03.84 | C | | 300.00 | Jr Mustapha BOUTBAOUCH Anesthésie Réanimation Urgences immeuble Al Issiat, Avenue Hassan 2, Agadir INPE 041194598 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cacher du Pharmacien ou du Fourmeisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  Dr. M. BOUREKKA Al Jihaz Al Dherra Assalam, Bokr 0520 338449 | 18/07/2024 | NPE 042023671 433, 27 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

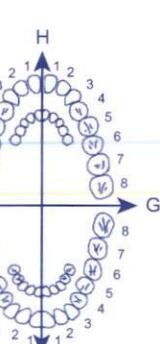
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 25533412 00000000 D —————— G 00000000 35533411 | 21433552 00000000 B 00000000 11433553 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AGADIR Le: 18. 6. 24

NOTE D'HONORAIRE

DR. BOUTBAOUCHT MUSTAPHA

Spécialiste en anesthésie-réanimation

NOM : OUMLA C

PRENOM : LAHCEN

MONTANT : 300,00

ICE : 00225531

IF : 99388544

INPE : 041194598

DR. BOUTBAOUCHT MUSTAPHA

Mustapha BOUTBAOUCHT
Anesthésie Réanimation Urgences
Inpe 041194598

POLYCLINIQUE
"INTERNATIONAL MÉDICAL 3D"



المصحة
الدولية الطبية 3D

AGADIR Le: _____

18/03/2024



N° Lahan OVMLAL
INPE 042023671



36, 2^o Al Larouj 25
0 - 0 - 1 (1 mois)

287² 2^o Nourania 300
1 - 1 - 1 (1 mois)



22^o+
3) Guel
433,2^o

1 - 1 - 1



Dr. Mustapha BOUTBAOUCH
Anesthésie Réanimation Urgences
Immeuble Al Inbiaat, Avenue Hassan II, Agadir
INPE 041194598

عمارة الانبياء - شارع الحسن الثاني - أكادير - الهاتف: 05 28 84 55 65 - الفاكس:
Imm. Inbiaat - Av. Hassan II - Agadir / Tél.: 05 28 84 55 65 - Fax : 05 28 84 76 12

22100

x 4
Gel

20160

PPV: 36 DH 20

VIATRIS PHARMACEUTICALS
190,Bd d'Anfa,Casablanca
NEURONTIN 300 mg
gélule, Bte de 90
AMM N°232DMP/21/NCP
PPV: 287.00 DH



6 118001 430529