

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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]

6119

Société :

RAT

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ANANE Abdellajel

902383

Date de naissance :

26 - 02 - 1962

Adresse :

Marrakech

Tél. :

06 65 64 87 85

Total des frais engagés :

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 : 06 11 88 827

Cachet du médecin :

Date de consultation :

22 / 03 / 9024

Nom et prénom du malade : ANANE Abdellajel Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Angyn Th

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 :

Le : 22 / 03 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

Bouzniak



## **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 Payerement des Actes
22/03/2020	c	1	#80#	Dr. OMAR BENMADJID Médecin Généraliste Hay Rad - BOUZNINA Tél. 0537.64.91.79 Mobile 0672.43.50. Télé 061186327

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA ssement Ben Slimane Al Facha Bouznika Tél/Fax: 05 37 74 56 43 INPE: 062081187	22/3/2024	202,40

## **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
		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	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	B			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

عيادة الدكتور عمر بن مبارك  
طبيب عام

RIMAPHARMA  
PVC : 88.00 DH



rek  
Laboratoires Sothema Bouznika  
Oratanol 5mg/ml collyre en solution  
Flacon de 5ml  
ANM Maroc N°95R1/20DMP/2/IMAJ  
PPV : 84.80 DH



## Ordonnance

Bouznika le : 22/03/2024

Nom et prénom : Amane Abdellatif

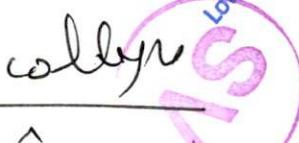
89,00

1) Visionlux plus



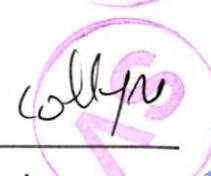
84,80

2) optamof



88,60

3) Chiba - cadres collyre



2024/03/22

Dr. OMAR BENMBAREK  
Medecin Généraliste  
1028, Hay Riad - BOUZNICA  
Portable en cas d'urgence : 06 72 43 50 87  
E-mail : Dr.Omar.Benmbarek@gmail.com

PHARMACIE REGHAY  
Lotissement Ghita N° 8, Imm. Al Fatiha  
Bouznika, 20000 Casablanca  
Tél/Fax: 09 37 74 56 43  
INPE: 062081187

Adresse : 1028 hay riad bouznika

Fix : 05 37 64 91 79

العنوان : حي الرياض رقم 1028 ببوزنيقة

الهاتف : 05 37 64 91 79

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

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

العنوان : حي الرياض رقم 1028 ببوزنيقة

الهاتف : 05 37 64 91 79

العنوان : حي الرياض رقم 1028 ببوزنيقة

البريد الإلكتروني : Dr.Omar.Benmbarek@gmail.com

