

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Nº W19-447384

ND: 32058

Optique

Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)	
Matricule : 7047	Société : ROYAL AIR MAROC
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENAGHMIN MOHAMMED	
Date de naissance : 23/05/1963	
Adresse : LOT HAT FATEH 6 RUE 5 NR 13 EL OULFA	
Tél. : 0662766238	Total des frais engagés : 466,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin:	
	
Date de consultation : 03/01/2020	Age:
Nom et prénom du malade : BENAGHMIN MOHAMMED	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Bronchite + Paludisme	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un sceau 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 : 03/01/2020

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

06 FEB 2020

03 MAR 2020

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

06/02/20

146,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

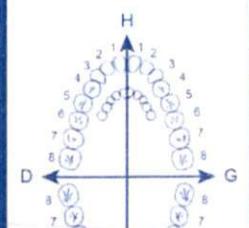
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mina OUMLIL

Professeur en Pédiatrie

Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة مينة أمليل

أستاذة جامعية في طب الأطفال

كلية الطب والصيدلة
باليضا

Casablanca, le : 00 FEB 2020 الدار البيضاء، في :

Benoghrir Youssef

Betadine

30.00 120g fl/



X3

LOT : 5180
UT.AV : 09-21
P.P.V : 30 DH 00

98,00

RIMA PHARMA
PVC : 98,00

Pedicabid n°8 500ml
058.00 100cc X21 J X5 J

- Butoreut
½ cec X31 J X5 J

TELE : 0522 93 10 24
E-mail : minaoullil@gmail.com / minaoullil@hotmail.fr

Docteur Mina OUMLIL
Professeur Universitaire - Pédiatre
250, Bd. Abdelmoumen 1er Etage
Résidence Abrajes Abdelmoumen Casablanca - Tél./Fax : 05.22.25.25.26 / 05.22.25.25.27
Tél./Fax : 05.22.25.26 - 05.22.25.25.27
GSM : 066 14.74.41

250, Bd. Abdelmoumen Résidence Abrajes Abdelmoumen 1^{er} Etage
(entre Bd. My Idriss 1^{er} & Bd. Anoual) - Tél./Fax : 05.22.25.25.26 / 05.22.25.25.27
E-mail : oumlilmina@gmail.com/ minaoullil@hotmail.fr - Urgence - GSM : 06.61.14.74.41
pas de Consultation Samedi Matin

35,70 + 2% Saltofer SV
100cc x 3ij + 3 mois

108,65 + 2% Hemavit fer SV
100cc 1ij + 3 mois

AC
M. M.
Docteur Mina OUMLI
professeur Universitaire - Pédiatre
250, Bd. Abdellahouen 1er Etage
Réi. Abrajes Abdellahouen Casa
Tel/Fax: 0522 25 25 26 - 0522 25 25 27
Gsm: 0661 14 74 41

STC
Lotto, Haj Salam - Rue Gén. 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

35,70

35,70

Hemavit fer liquide 200ml
PVC : 108,65 DH
Ut Av : | Lot :
28/02/22 | 90571
IPHABIOTICS

Hemavit fer liquide 200ml
PVC : 108,65 DH
Ut Av : | Lot :
28/02/22 | 90571
IPHABIOTICS