

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-487529

73029

CO

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

0903

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Benhaddouche Lahcen

Date de naissance :

05/01/1943

Adresse :

22 Rue Janaan N° 5 Afdel RABAT

Tél. :

0537775224

Total des frais engagés : 2785,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur L. BENAMAR
Néphrologie - Hémodialyse
Dialyse Péritonéale
Transplantation Rénale
CHU Ibn Sina - Rabat

Cachet du médecin :

Date de consultation :

27/05/2021

Nom et prénom du malade :

Benhaddouche Lahcen

Age :

18

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

BOUKAR BOUKAR

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 : 27/05/2021

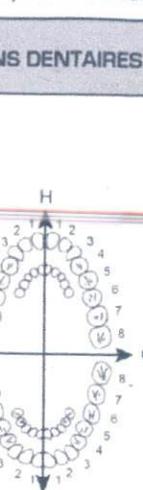
Signature de l'adhérent :

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
27/05 2021	L	C		 Dr. BEN A.M. Rabbah Néphrologie - Hémodialyse Dialyse Péritonéale Néphrologie - Hémodialyse Dialyse Péritonéale - Transplantation CHU - Ibn Sina

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie AL-ZAHRA 318, Av. Oued Roman, Hay Al Inbia 2016 - Tel/Fax: 05 37 80 71 00	27/12/2011	 278,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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	INP : <input type="text"/>	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 21433552 G 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapie spécifique 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				

RT 27/05/2021

$$269 \times 31 = 829$$

1/ Container 10/5
-ZAHRA

pharmacie AZ-ZAHRA
15, Av. Ouled Roman, Hay Al Inbia
Salé - Tél/Fax: 05 37 80 71 00

21 Redlip 25

$$(272 \times 3) = 816 - 512 \text{ ap } 16$$

31 Auodah 80p

$$(267 \times 3) = \frac{1}{3} \text{ map } 18$$

4 natural LPOs

467

ST -

8) 2yki 100

$$(21.7 \times 5) = 108.5$$

6) Aspergillus 100 S/J
TU d3

العنوان : Tél. : +212 537 67 51 55 - الهاتف : E-mail : chu.cc.ibnsina@sante.gov.ma - Fax : +212 537 67 51 55

7/ he panel

LOT 203728
EXP 12 2024
PPV 46,70 DH

(6860 x 3) 1/5 a 3
20580

harmagie
Bis AV ROMA
Ain El Aouda

269,00

ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70

6 118000 061106

ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70

6 118000 061106

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 272,00 DH
ID: 646662
6 118001 141654

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 272,00 DH
ID: 646662
9 118001 141654

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 272,00 DH
ID: 646662
6 118001 141654

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca

XATRAL LP 10MG CPR B30
PPV : 267,00 DH

6 118001 081301

Professeur L. B.
Néphrologie - Hé.
Dialyse Périt.
Transplantation Rén.
CHU Hassan II Casablanca

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
XATRAL LP 10MG CPR B30
PPV : 267,00 DH

6 118001 081301

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca

XATRAL LP 10MG CPR B30
PPV : 267,00 DH

6 118001 081301

68,60 DH

et fin : 14/2023
N323I

Via delle
Importé et
Ber

68,60 DH

02/2024
X0424

Via delle
Importé e
Be

68,60 DH

11/2023
N323I

SYSTEM
C
F

Produit
Via delle Industrie
Importé et distribu
Benjelloun