

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

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

N° W21-648204

82601

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

6218

Matricule :

Société :

Actif

Pensionnée

Autre :

Nom & Prénom :

BENTAHILA HAKIM

Date de naissance :

20/01/61

Adresse :

CASA

Tél. :

0661181163

Total des frais engagés : 529,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. BADRI Ahmed
Médecine Générale
Diplômé en Échographie
Av. Omar Ben Abdelaziz Rés. Abra Dubai
1^{er} Etage Bureau N°7 - Larache
Tél. 05 20 01 53 20

Cachet du médecin :

Date de consultation :

04/108/2021

Nom et prénom du malade :

BEN HAYOUN NAOUAL Age: 61

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

(Covid 19)

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 :

LARACHE

Le : 04/108/2021

Signature de l'adhérent(e) :

BBH

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
02.08.91	C		152,32	INP : Médecine Générale Diplôme en Échographie Av. Omar Ben Abdellaziz Rés. Abraj Dubai Bureau N°7 - Larache Tél. : 05 20 01 5220

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU NORD Dr. AMINA AICHOURI 33, Av. OMAR BEN ABDEL AZIZ LARACHE Tél. : 05 20 01 5220	04/08/91	379,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

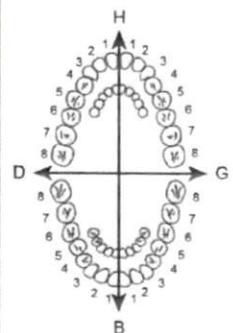
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

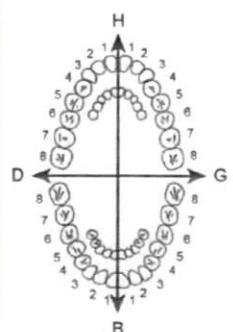
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3283

PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3283

Date : 04/08/23

Dr B. Hugue Norm

Ordonnance Médicale - An

— تخليلات —

79.70 x 2
— A 200g
23

14.50 — 70 g, 200 ml

15.70 — Portezail

14.80 — VIT C 1000

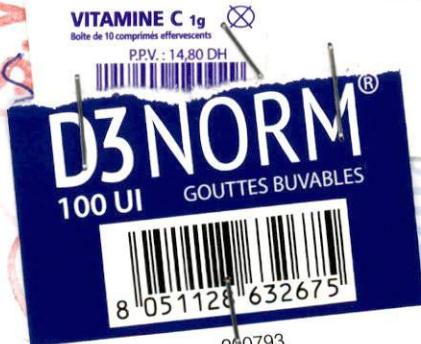
79.50 — D Nourme

96.00 — VINOLATIS

T: 379.90



SIROP F. 150 ML
P.P.V.: 15DH70
ER: 01/2023
6 118000 060901



Lot:
A consommer
avant le:
P.P.C: 79,50 DH

200793

12/2023

VinoZir
Gouttes
Gouttes

L: 2657
P: 10/23
96.00 DH