

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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

Déclaration de Maladie

N° M21-

1055641
88166

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6617

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bensmaïne AZZEDINE

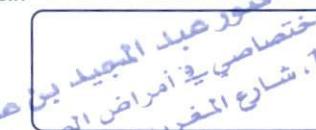
Date de naissance : 17.06.1961

Adresse : 6, Rue IBN HAJAR Appart 11 AKDAL DABAT

Tél. : 06.61.44.8.66.74 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Bensmaïne AZZEDINE Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : DABAT

13 OCT. 2021

MAROC

Le : 12.11.2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19.10.2021	431,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 :

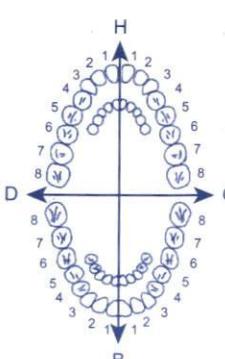
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Abdelmajid BEN OSMAN

Pneumophtisiologue et Allergologue
Expert près des Tribunaux de Rabat

Tél Cabinet : 05 37 73 14 45

Domicile : 08 08 54 37 00

GSM : 06 61 29 17 17

الدكتور عبد المجيد بن عصمان

اختصاصي أمراض الصدر والريبو

خبير مكلف لدى المحاكم

العيادة : 05 37 73 14 45

المنزل : 08 08 54 37 00

المتنقل : 06 61 29 17 17

Rabat, le 12.10.2021 الرباط، في

Dr. BENOSMAN Azeddine

- Emission (7) = In.

54,80 - Dr. leure ifm < 1mm.

24,80 - Dr. leure ifm < 1mm.

33,20 - Dr. leure ifm < 1mm.

Dr. hafid 1 < 34 D

Fetisolex 10 ml In

Amalose 60 ml 10 ml

12, Av Al Maghreb Al Arabi Appt N° 14, Résidence Al Hafid (Bab El Had), 2^{ème} Etage, Imm A - Rabat - Maroc

12، زنقة المغرب العربي الشقة رقم 14، إقامة الحفيظ (باب الأحد)، الطابق 2، العمارة A - الرباط - المغرب

E-mail : majidbenosman@gmail.com : Tel. : 05 37 73 14 45

الهاتف : 05 37 73 14 45 - البريد الإلكتروني :

ZINASKIN®

PPV 40DH90 EXP 11/2023
LOT 00049 13

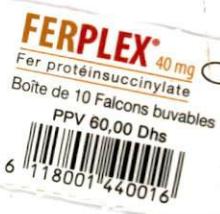
PPV:56,30 DH
LOT: 20L15D
EXP: 12/2022

PPV : 79DH70
PER : 11/23
LOT : J3284

PPV : 79DH70
PER : 11/23
LOT : J3284

RHINATHIOL 5% AD
SIROP FL 200 ML 
P.P.V:39DH20
LOT:19E004

S 118000 61403



PPV:14DH00
PER:04/24
LOT:K990

PPV:14DH00
PER:05/24
LOT:K1528

Distribué sous licence
par LAPROPHAN
21, rue des Oudaya
CASABLANCA - Maroc

PPV:
60DH10

580735