

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 caractère personnel.

N° W21-667290

102165

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

5907

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENAYAoui LAZAMI Abdellah

Date de naissance :

30.11.63

Adresse :

Tél. : 0661 4601 22

Total des frais engagés :

697,00 Dhs

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

H. HAKANI
Cachet du médecin :
2022
FEV
ACCEUIL



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

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
11.2.2022	Q		300,00	INPI reçu en date du 11.2.2022 par le Dr. GASSAB M'hamed Signature : Dr. GASSAB M'hamed

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

— VOLET ADHERENT

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

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"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </table>			H	21433552	25533412	00000000	<hr/>		D	00000000	<hr/>		35533411	11433553	<hr/>		B	G
	H	21433552																	
	25533412	00000000																	
	<hr/>																		
	D	00000000																	
	<hr/>																		
	35533411	11433553																	
	<hr/>																		

 MONTANTS DES SOINS || [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | **DATE DU DEVIS** |
			DATE DE L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Docteur EL MEKN

SYBILYSYS
alforex®
pour le Syndrome de l'Anxiété Irritable
Poids net : 7,5 g

10/581EE
Importateur Exclusif
BIOCODEX MAROC
B.P. 126 Nouacur
www.biocodex.ma
P.P.C. : 247512019009
C.E.N. : 347512019009

Hépat
Ex-Enseignant à la
Ex-Chef du Service a

Fibroscopie
Diplôme d'Ech.

Sur ..

104001

2024/04

LOT



الدكتور عبد العزيز المكناسي

إختصاصي

أمراض الجهاز الهضمي

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

رئيس سابق مصلحة الإنعاش الطبي مستشفى ابن رشد

التنظير الداخلي والبواسير

شهادة الفحص بالصدى بجامعة باريس

بالميعاد

الدار البيضاء، في

amca, le 1/2/2022

M. BENAYA chi . Al del Kader

45,00

Hémomrine 1/4 de

S.V.

1 appeler au le male sur

Cicatryl 1/4 de

1 appeler au le dentiste

et l'orthodontie .

245,00

Alforex

S.V.

1 fiole / f x 30 f
lire de rejet.

73,50

FORLAX

S.V.

1 sachet + 1 grand verre
de jus

zur

Medicine



1 (à n) je ap' d'nes n'
alle d'nes au programme

T = 397,50

Dr. EL MEKKASSI
GASTROENTEROLOGUE
Aggregatif Médecine Interne
4, Avenue Hassan Lahrizi 1er Etage
Tel. 20.37.19 • CASABLANCA

