

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

Cessions 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03418 Société : RAD

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/02/2022

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
Ab 01 2022	GS		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Manz ZENNER	16/06/22	713,50

INPE - N°
092095208

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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.

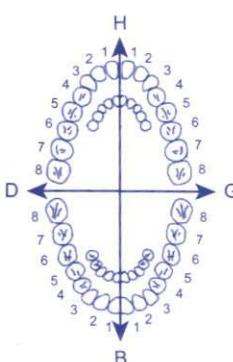
Important

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



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</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; border-bottom: 1px solid black;">B</td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

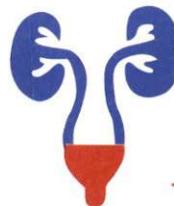
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE CHIRURGIE
UROLOGIQUE ET ANDROLOGIE

عيادة جراحة الكلى و المسالك البولية
والتناسلية والضعف الجنسي

Docteur Bensouda Karim

Chirurgien Urologue
Ancien Médecin au CHU Ibn Sina
de Rabat



الدكتور بنسودة كريم

اختصاصي في جراحة المسالك البولية
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا
الرباط

Casablanca le 16.02.22 الدار البيضاء في

ORDONNANCE

Nom:

Age :

M. Bennaiji Jamal

PPV : 33,00
LOT :
PER :

1) Cefixime 150 mg

1x1 g p.m.

2) Emanuel 200 mg

56,60 x 2

3) Stilnox 10 mg

Tél : 05 22 22 61 75

Urgence : 0661 207 177

Gmail : urologuebensouda@gmail.com

52 Bd Zerkouni - 4^{me} étage - N° 31

Imm Espace Erreda (en face marché aux fleurs)

(audessus d'attijary Wafabank)

Casablanca

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60

LOT : 21E002
PER.: 05 2025

6 118000 061465

n:4

G21

4)

Urispas

153,30

5) Permixon 300 mg

Urispas 300 mg

6) Flonaflo 10g

Urispas 300 mg

à renouveler.

LOT 211241
EXP 05 2024
PPV 62.50

Permixon 160 mg
30 GÉLULES

6 118000 1181957

Urispas® 200 mg
30 comprimés pelliculés



LOT 212766
EXP 10 2024
PPV 62.50

62.50

Mr. Bensouda Karim
Chirurgien Urologue
52, Bd. Zerkoura Casablanca
face Marché aux Fleurs
0522 22 67 22

Urispas® 200 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 020653

LOT 212766
EXP 10 2024
PPV 62.50

LOT 211242
EXP 05 2024
PPV 62.50

