

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Nº W21-708568

MA7822

<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)							
88911							
Matricule :		Société :					
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom :		SABRY		MOHAMMED			
Date de naissance :							
Adresse :							
Tél. : 065 133 38 48		Total des frais engagés :		Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : 23 MAI 2022

Nom et prénom du malade : MR MOHAMED SABRY Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Céles ba flue

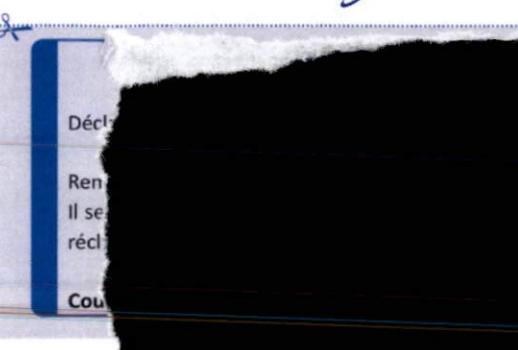
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Agadir Le : 09/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
23 MAI 2022	C	1	150 Dhs	INP : 0610391688 Dr. Abdellatif EL OTHMANI Expertise médicale près les Tribunaux 169, Av. My. ISMAÏL - Berrechid Tél : 0522/33 72 86

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TAYBAH BERRECHID 369 REGGAG BERRECHID BERRECHID (M)	23.05.2022	PHARMACIE TAYBAH BERRECHID 369 REGGAG BERRECHID BERRECHID (M) 40

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 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 H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	G														
35533411	11433553														
B															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

Docteur Abdelali El Otmani

EXPERT ASSERMENTE PRES
LES TRIBUNAUX

MEDECINE GENERALE

169, Boulevard Moulay Ismaïl
BERRECHID

Tél. : 05 22 33 72 86

الدكتور عبد العالى العثمانى

خبير محلق لدى المحاكم

الطب العام

شارع مولاي إسماعيل
بشييد

الهاتف : 05 22 33 72 86

Berrechid, le برشيد، في :

23 MAI 2022

79.50 x 02

D.R MOHAMED SABRI

① Carbo Sab traum N°2

(S.V)

40.40 1 Cp 3 f / 24 h

② Metrospramyl

(S.V)

27.00 1 file 3 f / 24 h.

③ Alviria file 50 N°

(S.V)

1 file t it x 45



280.40

PHARMACIE TANDRA BERRECHID
309 REGAGA BERRECHID
BERRECHID (M)

METEOSPASMYL® B 20 caps molles

Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

ALIVIAR® 50 mg

20 Gélules



6 118000 230250

27,00

ALIVIAR® 50 mg

20 Gélules



6 118000 230250

27,00

ALIVIAR® 50 mg

20 Gélules



6 118000 230250

27,00

LOT: 210776
PER: 10\2024
PPC: 79,50 DH



6 111258 970108

LOT: 210776
PER: 10\2024
PPC: 79,50 DH