

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° W21-683150

119292

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

111053

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAITBONI KHALID

Date de naissance :

18.12.68

Adresse :

Lalint El Jazira Lot 314
Boulevar

Tél. :

0663538763

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Mina OUMIL
Professeur Universitaire - Pédiatre
250, Bd. Abdelmoumen 1er Etage
Rés. Abrajes Abdelmoumen - Casa
Tél/Fax: 0522 25 26 - 06 97 34 04 19
Gsm : 0661 14 74 41
INPE : 091201061

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

sol soni Alaa

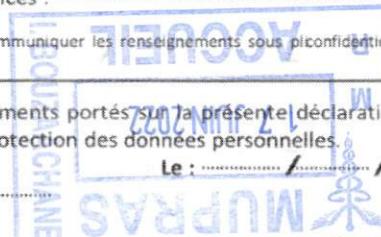
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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
19.03.22	<i>C-tout Court</i>			INP : 091201061

*Docteur Mina OUMIL
Professeur Universitaire - Pédiatre
250, Bd. Abdelmoumen 1er Etage
Rés. Abraxas Abdelmoumen - Casablanca
Tel/Fax : 0522 25 25 26 - 06 97 34 04 19
Gsm : 0661 14 14 41
INPE : 091201061*

EXECUTION

Cachet du Pharmacien
du Fournisseur



Date

19.03.22

de la Facture

14.11.22

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

AM

PC

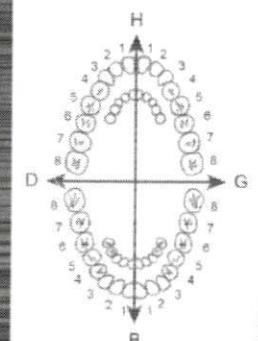
IM

Montant détaillé des Honoraires

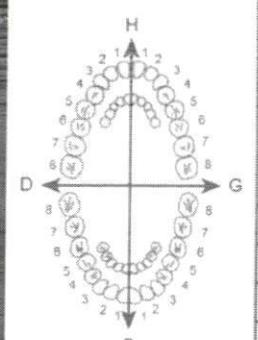
IV

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

Docteur Mina OUMIL
25533412 21433552
00000000 00000000
 00000000 00000000
35533411 11433553
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

Docteur Mina OUMLIL

Professeur en pédiatrie

Faculté de Médecine
et de Pharmacie de casablanca



الدكتورة مينة أمليل

أستاذة جامعية في طب الأطفال

كلية الطب و الصيدلة
باليبيضاء

Casablanca , le 10 MAI 2022 الدار البيضاء ، في.....

Selbani Alsee

70,60 x 2

PPV: 70,60 DH
LOT: 648047
PER: 08/2023

Nequeltis siop
Idose post x 31 j

PPV: 70,60 DH
LOT: 648053
PER: 08/2023

Neofortou Yo

344cp x 3 l



14/1/20

Docteur Mina OUMLIL
Professeur Universitaire - Pédiatre
250, Bd Abdelmoumen 1er Etage
Rés. Abrajes Abdelmoumen - Casa
Tél/Fax : 0522 25 25 26 - 06 97 34 04 19
Gsm : 0661 14 74 41
INPE : 091201061

250,Bd.Abdelmoumen Résidence Abrajes Abdelmoumen 1er Etage

Tél.Fax : 05 22 25 25 26 / 05 22 25 25 27 - Email : oumlilmina@gmail.com - Urgence GSM : 06 61 14 74 41