

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		<input type="checkbox"/> Autres
Matricole : 8267		
Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		
<input type="checkbox"/> Pensionné(e)		
<input type="checkbox"/> Autre : 120800		
Nom & Prénom : AIT BENKHLIS		
Date de naissance : 06-03-68		
Adresse : CASA GRANDE TOWN 1111 mm 11 att 03		
Ville : NEAMI Bouskoura CASA		
Tél. : 0661217358		
Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
		
Date de consultation : 20 JUIN 2022		
Nom et prénom du malade : Boukhari ss		
Age: 54		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Alj		
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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20 JUIN 2022			300 Dhs	INP : <u>Dr. CHRAIBI Abdelkaïd</u> OTURHINOLOGYNGOLD 319, Rue Mostapha El Maani - Casablanca Tél: 0522 26 45 23 / 0661 32 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACE GREENTOWN Dr. M. AZENNAR Centre Commercial Casa Graen.Town	18/06/22	76,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

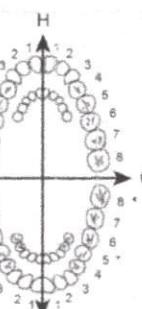
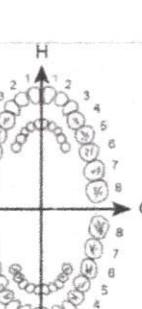
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET MÉDICAL DE GROU

Dr. Chraibi Abdelkarim

SPECIALISTE EN
OTORHINOLARYNGOLOGIE
ET CHIRURGIE CERVICO -FACIALE

Diplômé de la Faculté de
Médecine de Lyon
Ex. attaché des Hôpitaux de Lyon
Ex. ORL des Polycliniques de la C.N.S.S.



Tél. : C : 05.22.29.44.29 & 05.22.22.46.07

GSM : 06.61.31.20.30

Sur Rendez-Vous

Fluibron® 0,3%
Ambroxol

GSM : 06.61.31.20.30

بالموعد

Casablanca, le : 20 JUIN 2022 الدار البيضاء، في

Bou kh 40155 Iy 10
66,00 ~~Akenz~~ 10 10 mi 10
30,00 ~~fluibron~~ 10 10 mi 10

30,00
76,00

Dr. CHRAIBI Abdelkarim
OTORHINOLARYNGOLOGIE
319, Rue Mostapha El Maâni - Casablanca
Tél: 0522 29 44 29 / 0661 31 2...
LOT : 211586
EXP : 11/2024
PPV : 42,70DH



صيدلية اطهينه الخضراء
PHARMACIE GREENTOWN

Dr. Maria ATTNNAR
Centre Commercial Casablanca Green Town

319، زنقة مصطفى المعاني (زاوية زنقة أڭادير) - الدار البيضاء
319, Rue Mustapha El Maâni (Angle Rue d'Agadir), Casablanca