

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 où 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	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>12291</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BOUKDOUR AMINE</u>			
Date de naissance : <u>10-03-1981</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>0672667586</u> Total des frais engagés :			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	DR ZOUHAIR MOHAMMED MEDECIN URGENTISTE CENTRE MEDICAL DARB Tél: 0522 29 00 70 GSM: 0517 89 17 07
	Date de consultation :	<u>10/12/2022</u>
	Nom et prénom du malade :	<u>M. BOUKDOUR AMINE</u>
	Liende parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
	Nature de la maladie :	<u>Affection Rénale</u>
	En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<u>Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements</u>
	Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements	<u>confidentiels à la Mutuelle.</u>

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à : CASA

Le : 01/08/22

Signature de l'adhérent(e) : Elay

4

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
14/07/2022	G 1		200 D DR ZOHAIR MOHAMMED MÉDECIN DENTISTE MEDICAL DARB	INP : 09224998

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BENZIT Nature & Santé Bouchra BENZIT - Pharmacienne Route Azemmour Km 13.5 Dar Bouazza ét. 06 22 11 40 78 - Casablanca NP:0920145836 - ICE: 002138635000682	10/07/22	123,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

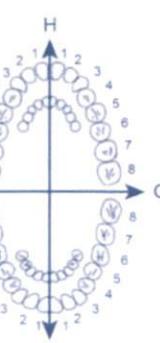
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET MEDICAL

DAR BOUAZZA

DARB



العيادة الطبية
دار بوعزة

D

M

C

E

D

بِيَوْمِيَّلَازْ

200 U.CEIP/ml

40,00

Casablanca, le

14/04/2022

الدار البيضاء، في

M. BOUZAZZA Ammi

Le 0.00



IT Nature & Santé
PHARMACIENNE
133 Dar Bouazza
Casablanca
00213635000087



LOT: 220193
DU: 02/2025
69,00DH

DAR URGENC

69,00

1 (1)

(2) Dolivox 500g

1 (1)



110,00

1 (1)

(3) Doliprane 1g

1 (1)



123,00

DR ZOUHAIR MOHAMMED
MÉDECIN
CENTRE
Tél: 0522 22 22 22
CP: 10000

PPV: 14DH00
PER: 06/25
LOT: L1940

2.7 - SELA PLAZA. CENTRE COMMERCIAL CARREFOUR

TÉL.: 05 22 29 24 29 / 05 22 29 00 70 - GSM 06

