

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1119 Société : RAN 129890

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SALIDI Djalil

Date de naissance : 15-11-45

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : MA Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DR. JALIL BENNOUINA TRAUMATO-ORTHOPEDIE
Casablanca - NIP: 91026948
ICE: 001867898000064

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Lui-même Conjoint Enfant

Age: 60

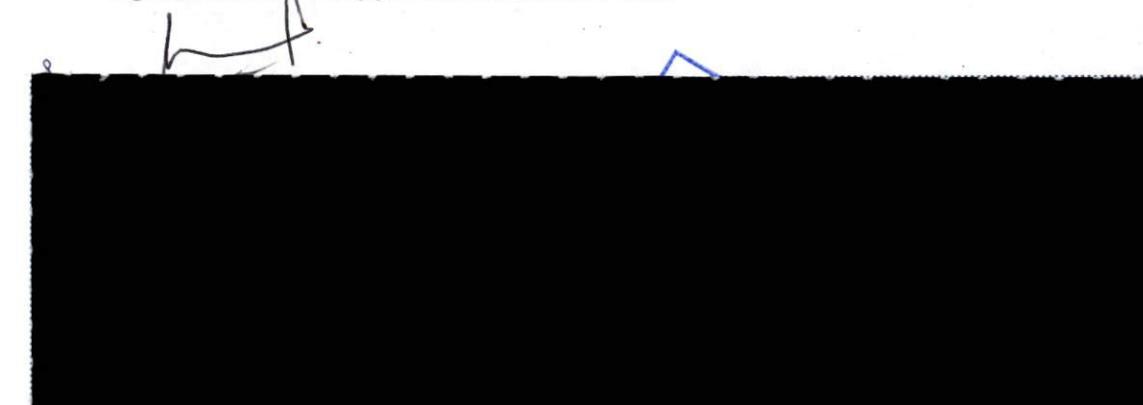
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/09/22			300,00	<i>[Handwritten signature over a stamp]</i>
16/09/22	Frac. lingue		100,00	<i>[Handwritten signature over a stamp]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signature over a stamp]</i>	16/09/22	30,00

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
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and				



INPE : 090002445

REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE / CHIRURGIE VISCERALE / COELIO CHIRURGIE
 NEURO-CHIRURGIE / CHIRURGIE VASCULAIRE / CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
 CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYSIE / CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE
 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE / CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE
 CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPEDIQUE
 CHIRURGIE PLASTIQUE-REPARATRICE

DOCTEUR :

CASABLANCA Le :

16/09/2011

M. Sidi Mohamed

30.00

① No-DOL FEN 400

16 x 2 u jet 51



PHARMACIE DU URVICO
 PHARMACIE
 3, Bd. Sour Jdid - Casablanca
 Tél: 05 22 22 02 61
 ICE: 00

NO-DOL FEN 400MG
 CP PELL 830
 P.P.V : 300H00
 EXP 20/02/2022
 6 119000 061878

Dr. Jaffar BENNOUNA
 TRAUMATO-ORTHOPÉDIE
 Casablanca, INN : 91026843
 ICE: 001867893000061

URGENCES 24/24

F A C T U R E

N° : 202208253 / 2022 du 16/09/2022

Nom patient	SAIDI MOHAMED	Entrée	16/09/2022
	PAYANT	Sortie	16/09/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		100,00	100,00
			<i>Sous-Total</i>	100,00
			Total Clinique	100,00
DR. BENNOUNA JALIL (orthopedique)	1,00	CS	300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
			Total Autres prestations	300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS	Total	400,00
----------------------	--------------	---------------

Clinique BADR
35 Rue AL ALLOUSSI Bourgogne
Casablanca
Tél.: 05 22 49 28 00