

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 canalaire, 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 canalaire.

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

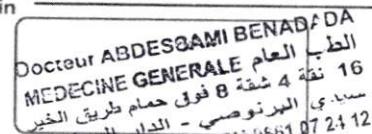
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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° W21-621394

131683

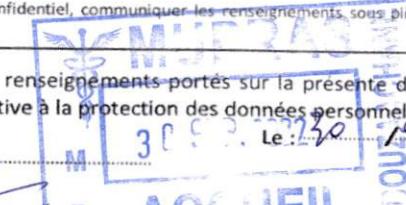
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 1512	Société : 2222	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : LAKHOITRI Mohan		
Date de naissance : 1951		
Adresse : Taxis ELMNOUR Rue 12 lot 27 Ap. 8 Boulevar		
Tél. : 06 61 42 2002 Total des frais engagés : 256,10 DH Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2013	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :	 Dr. ABDESSAMI BENABDALLAH MEDECINE GENERALE الطب العام نقطة 4 نفق حمام طريق الخبر سبعين البر الوصيف - الدار البيضاء 73 96 06 GSM 6661 07 21 12	
Date de consultation : 09/09/2022	Nom et prénom du malade : LAKHOITRI Mohan		Age : 1951
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Diabète SVA			
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 : 05/09/2022

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
09/09/1991	C	1	160,-	INP 10/10/1991 Docteur A. DE GOURVILLE MÉDECIN GÉNÉRAL Fix 062739606 GSM 06610742

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ESSEHA Omar BENNANI Rue 108 Hay Essala Assilanca-Tel: 0522 22 10 10	09/09/2022	596,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	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 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 colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<p>[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



ORDONNANCE

Casablanca, Le 09/09/97 الدار البيضاء، في

Mr. LAKHOITRI Mohamed

6890 - Fludex LP

2800 x 2 - Amorphyc 1000

2800 - Diamicron 60 mg

9900 - Odegs 20 mg

11600 - Saphir 10 mg

3970 - Fucidine 1% 100 mg

05 22 73 96 06 - الهاتف : 16 زنقة 4 فوق حمام الخير س. البرنوسي

16, Rue 4, Dessus Hammam Tarik Lkhair, S. Bernoussi - Casablanca - Tél.: 05 22 73 96 06

Dr. ABDESSAMI BENADADA
MÉDECINE GÉNÉRALE
الطب العام
زنقة 4 شقة 8 فوق حمام طرق البربر
الدار البيضاء
0522 373 266
PHARMACIE ESEHA
Omar BEN NANI
1 Rue 108
Casablanca-IP
Tél.: 0522 373 266

Dr. ABDESSAMI BENADADA
MÉDECINE GÉNÉRALE
الطب العام
زنقة 4 شقة 8 فوق حمام طرق البربر
الدار البيضاء
0522 373 266
GSM 0661 87 21 12

(50 x 20 x 114) mm

WPA 88 X 85

(50 x 20 x 114) mm

1778 X 60 X 65

(50 x 20 x 114) mm

LOT 200169
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

LOT 210603
EXP 12/2023
PPV 99.00DH

PHYSICAL CHEMISTRY
OF BURNA, 1950

COOPER PHARMA
PPV: 116,00 DH

FAB: 02-20
PER: 02-23
LOT: J499

242600060-02

Fucidine® 2%
made Tube de 15 g

29 20