

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

- 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 :	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : BENYAHIA ODRIS	
Date de naissance :	01/01/1953
Adresse :	MÉMÉ
Tél. :	06 78 27 57 80
Total des frais engagés :	1046 Dhs

Cadre réservé au Médecin

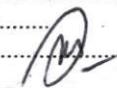
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	/
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la 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 : CASA

Le : 12/12/2022

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/12/27	1046.90

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
		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	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

O.D.F PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية مرحبا

Pharmacie Marhaba

André ACHOUR

Diplômé de la Faculté de Marseille

61, Avenue des F.A.R. - CASABLANCA

Tél. : 05 22 31 16 40 - Fax : 05 22 31 43 69

R.C. 118264 - I.F. N° 43900800

ICE N° 001667749000020 - INPE N° 092041391

Casablanca, le

13/12/22

IMLD

FACTURE N°

M^r Benyamin DRISS M^{me} 2346

DOIT

2	NATrixan 1,175 -	79,90	159,80
2	Cudenri 2,15 -	50,70	101,40
1	Cudri 1,5 -		27,70
2	Codolofin 4	22,20	44,40
4	Phenale 200	69,00	276,00
2	Veca 1'm	108,00	216,00
2	Tanekay -	71,30	142,60
1	Taffor 10	79,00	79,00

PHARMACIE MARHABA
André ACHOUR
61, AV. des F.A.R. - CASABLANCA
Tél: 0522 31 16 40 - 0533 31 6169

1046,90

BENYAHIA DRISS M^{LE} 2346

[MLD]

14011124



6 118001 130184

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV: 79,90 DH

LOT : 201003
UT AV : 01/2023
PPV : 69,00DH

LOT : 8557
UT. AV : 04-25
P.P.V : 108 DH 00

14010042



NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV: 79,90 DH

LOT : 201003
UT AV : 01/2023
PPV : 69,00DH

LOT : 8557
UT. AV : 04-25
P.P.V : 108 DH 00

6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DH



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

LOT : 201688

UT AV : 02/2023
PPV : 69,00DH

71,30

71,30

LOT : 201003
UT AV : 01/2023
PPV : 69,00DH

UT. AV. : 02 25 P.P.V

79 00

LOT N°: FW7285

6 118001 090280

PPV: 22DH20

PER: 09/24

LOT: J2907

PPV 22DH20

PER 09/24

LOT L2909