

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

M22- 0056689

Optique *149451*  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *6119*

Société : *72A7*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *ANANE Abdelmajid*

Date de naissance : *26-02-1962*

Adresse : *Maraboutch*

Tél. : *06.65.64.87.85*

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. OMAR BENMBAREK  
Médecin Généraliste  
1028, Hay Riad BOUZNIKA  
Tél: 05 37 64 91 79  
en cas d'urgence: 06 72 43 50 87  
NP: 061188827*

Date de consultation : *30/01/2023*

Nom et prénom du malade : *Anane Abdelmajid*

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Stat*

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

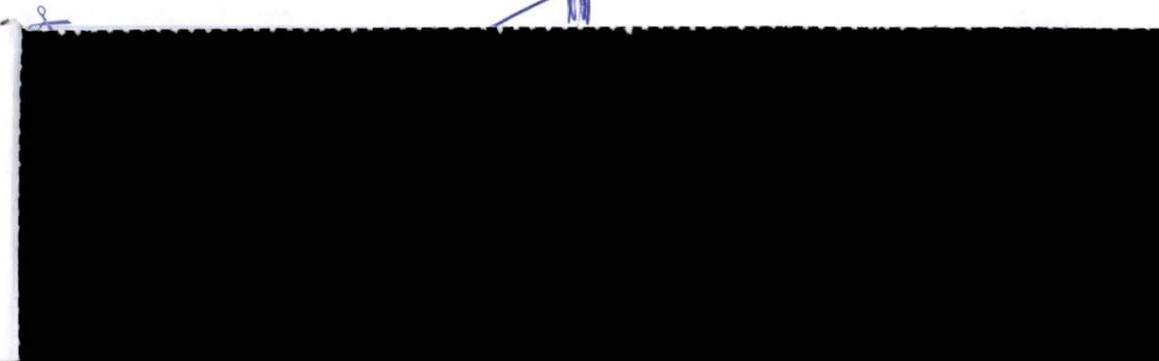
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : *Bouznika*

Le : *30/01/2023*

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 Praticien attestant le Relèvement des Actes
30/01/23	C	1	# 80 #	<i>Dr. OMAR BEN MABAREK Médecin Généraliste 1028, Hay Riad - Beyrouth Tél: 05 37 64 91 79 Fax: 05 37 74 56 43 INPE: 06 11 88 827</i>

*PHARMACIE REGHAYA*

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourneisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Lotissement Ghita N° 8, Imme. Al Fatima Bouchara, Ben Slimane Tél/Fax: 05 37 74 56 43 INPE: 06 20 81 187</i>	30/01/2023	326.30

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

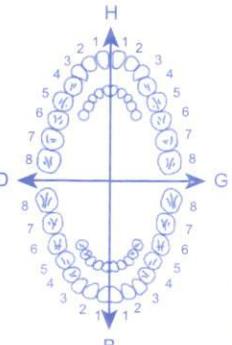
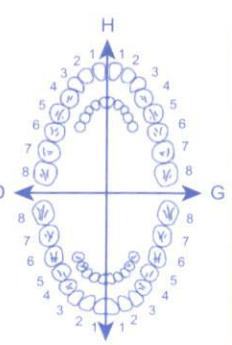
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'exécution
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

87,30  
LOT : 21472  
PER : 10/2025  
PPC : 89,00DH

3 700366 000160

LOT : 21472  
PER : 10/2025  
PPC : 89,00DH

## Ordonnance

Bouznika le : 30/01/2023

Nom et prénom : Amane Ab delangid.

Mr

1) Doliprane 600 mg



PPV: 14DH00  
PER: 01/25  
LOT: L251

u9,00

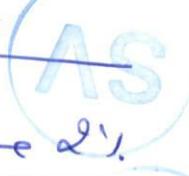
2) Dacivox sirop



3) Relaxin 500 gelée



4) Otolax 5 mg



5) Devofrax 2%

326,30

PHARMACIE REGHAY  
Lotissement Ghita N° 8, Imm. Al Fatiha

Adresse : 1028 hay riad bouznika

العنوان : 1028 hay riad Bouznika

Fix : 05 37 64 91 79

الهاتف : 05 37 64 91 79

Portable en cas d'urgence : 06 72 43 50 87

الموصول في الحالات الممتحنة : 06 72 43 50 87

E-mail : Dr.Omar.Benmbarek@gmail.com

Dr.Omar.Benmbarek@gmail.com البريد الإلكتروني :

PHARMACIE REGHAY

Lotissement Ghita N° 8, Imm. Al Fatiha  
Bouznika, Ben Slimane  
Tél/Fax: 05 37 74 56 43  
INPE: 062081187

DR. OMAR BENMBAREK  
1028 Hay Riad - BOUZNIKA  
Médecin Généraliste  
العنوان : 1028 Hay Riad - BOUZNIKA  
الهاتف : 05 37 64 91 79  
الموصول في الحالات الممتحنة : 06 72 43 50 87  
الfax d'urgence : 05 37 64 91 79  
الموصول في الحالات الممتحنة : 06 72 43 50 87  
INPE : 061188827