

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.

M22- 0056688

Optique 149450 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6119 Société : TAA

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ANANE Abdellajid

Date de naissance : 26-2-62

Adresse : Marabout

Tél. : 06 65 64 8785 Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OMAR BENMAREK
Médecin Généraliste
TO28, Hay Riad - BOUZNIKA
Tél : 05 37 64 97 79
en cas d'urgence : 06 72 43 50 87
INPE : 061188827

Date de consultation : 13/02/2023 Nom et prénom du malade : Anane Abdellajid Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : hémoroides

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

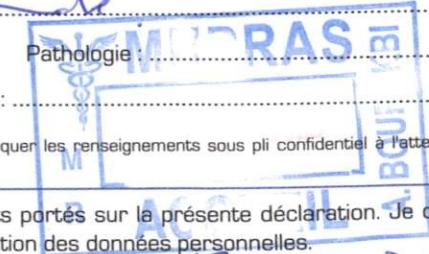
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 13/02/2023

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 paiement des Actes
15/02/2023	C	1	# 80 #	Dr. OMAR BENI Médecin Généraliste 1028, Hay Riad Tél: 0537.64.91.12 D'Urgence: 0611882150

EXECUTION DES ORDONNANCES		Montant de la Facture
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur		Montant de la Facture
Lotissement Ghita N° 8, Biuzniks, Ben Slimane, Għibla N° 8, Imma, Faiha Tel/Fax: 05 37 55 56 43 INPE: 062081187	13/02/2023	314,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

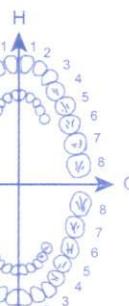
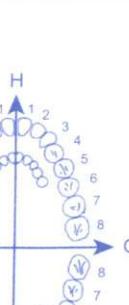
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODR.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

LE DOCTEUR GAGNET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ordonnance

13/08/2023

Bouzni le :

Nom et prénom : Amane Abdellatif

122,70

1) Daflon 500 mg P

39,80 + 41,80 = 81

2) Hepard P

19,30 x 10 = 199,20 = 1

3) titanoreine sup

19,30 ^ 0 ^

4) Titanoreine. de

14,00 ^ 0 ^

5) Dolip

314,80 ^

Adresse : 1028 hay dad bouzni

Fix : 05 37 64 91 79

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

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

ج. الوياضي رقم 1028 ببوزنيقة

05 37 64 91 79

06 72 43 50 87

Dr.Omar.Benmbarek@gmail.com

المحل: 1028 ببوزنيقة

05 37 64 91 79

06 72 43 50 87

Dr.Omar.Benmbarek@gmail.com

122,70

هيبات

20 قرص
A consommer de préférence avant fin : 39,80 DH
Lot n°: Y055D
Per: 02-2025

هيبات

20 قرص
A consommer de préférence avant fin : 41,80 DH
Lot n°: Y269M
Per: 09-2025LOT: 221501
PER: 10-2025
PPV: 19,30DHLOT: 221506
PER: 10-2025
PPV: 19,30DHREG
iste
UZNKA
19,30LOT: 211027
PER: 09-2024
PPV: 16,00DH