

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

- Reclamation : 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 à caractère personnel.

N° W21-790828

NS3768

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 11675

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENIKIRANE SELMA

Date de naissance :

05/08/1978

Adresse :

Tél. : 06-67-46-03-71

Total des frais engagés : 250 + 347 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Fatiha Chehella
Généraliste
Echographie Générale
119, Bd Bourgogne - Résidence Phénicia
Tél: 0522 22 85 46

Date de consultation :

BENIKIRANE SELMA

Age :

Nom et prénom du malade :

BENIKIRANE SELMA

Lien de parenté :

Lui-même

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 : CASABLANCA

Le : 07/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



MUPRAS

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
07/03/2023	C		25.000,-	0931040908 Dr. BOURGEOIS Médeciniste Polyvalente Générale Résidence Phénicia Tél: 0522 22 85 46

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MARIE ATLANTIC TAMARIS Sob Salam, num A MO 2 Dra Bouazza, Nouaceur Casablanca +222 520 47 14 14	07/03/23	347,00

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 HONORAIRE																						
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 (Rows for recording treated teeth)	Nature des Soins (Rows for recording nature of treatments)	Coefficient (Rows for recording coefficients)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																		
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50px;">H</td> <td style="width: 50px;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
				H	G																	
				25533412	21433552																	
				00000000	00000000																	
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																						
DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																						
EN ATTESTANT LE DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																						

Docteur Fatiha Chemlali

Médecine Générale

Echographie

الدكتورة فتيبة شملالي

الطب العام

الفحص بالصدى

Casablanca, le :

07/03/2023

الدار البيضاء في

Lot:
A consommer de
préférence avant le:
PPC : 79,50 DH

220448

06/2025



79,50

1

Dynatus ST



Lot N° : HB04

Exp : 04/2024

PPC : 267.50 DH

267,50

2.

H Boost

HB 10

HB 15

PHARMACIE ATLANTIC TAMARIS
Res Bab Salam, Imm A MO 2
Dar Bouazza, Nouaceur
Casablanca
Tel : +212 520 47 14 14

Docteur Fatiha Chemlali
Généraliste
Echographie Générale
119, Bd Bourgogne - Résidence Phénicia
Tél: 0522.22.85.46

0522.22.85.46 , شارع بوركون - أقامة فينيسيا - الطابق الأول (امام مستوصف احمد) الدار البيضاء - الهاتف :

119, Bd. Bourgogne - Résidence Phénicia - 1er étage(en face de centre de santé OUHOUD)Casablanca - Tél : 0522.22.85.46