

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- 0035123

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04444 Société : R.A.M 172428
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : JABER Abderrahim
 Date de naissance : 30-12-1960
 Adresse : INARA 1 RUE 13 N° 32 Ain chak
casablanca
 Tél. : 0661946601 Total des frais engagés : 638,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENJELLOUN A.Med Fouad
Médecine Générale
Bd El Qods GH 06
Imm. 35 Appt. 1 INARA 1
GSM : 0663-68-12-69 Casablanca

Date de consultation : 09/08/2023

Nom et prénom du malade : JABER Abderrahim Age: 63 ans

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Arthrose + Diabète + Hypertension +

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Hypertension

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 : 10/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : A.S

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 honoraires
09/08/93	C	1	150 1 DH	Dr. BENEDICT JOHN A. MEDICAL Générale Baptist Qods GH 06 Imm. 35 April INARA 1 CSM : 0663 6212 69 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cacher du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
	9/8/23	488,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BEN JELLOUN

A. Med Fouad

Médecine Générale

Ex. Médecin Chef du Centre de
Santé de Sidi Allal Bahraoui

Bd. EL QODS ADDAMANE

GH 06 IM. T 35 APPT. 1 INARA 1

Portable : 0663 68 12 69

B : 0633 33 25 33

الدكتور ابن جلون
ع . محمد فؤاد
الطب العام

طبيب رئيسي سابق
بسيدى علال البحراوى

شارع القدس مجموعة الضمان

GH 06 عمارة T 35 الشقة 1 الإنارة 1

المحمول : 0663 68 12 69

0633 33 25 33 : ع

Casablanca, le 09/08/2023 الدار البيضاء، في

71 JASER A. ANDERHAI ST.

74180

CINABAK

47180

1yp x 2y AP
Dagen

99,80

2yp x 3y
Vanner One

23,60

1ml v. nozzle
Taponne S.

121,60 x 2 = 243,20

ca 5x 31
Urga x 4 x 10,00

488,80

1495 x 0,05

LOT CI500132
PER 11/2024 PPV 74.80 DH

PPV:
EXP:
Lot N°:

47180

ZENITH Pharma
PPC: 99,80 DH

LOT 230653
EXP 12/2024
PPV 121.40DH

LOT 230653
EXP 12/2024
PPV 121.40DH