

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.

M23-0023890

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2445 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 29 06 59 65 Total des frais engagés : 1250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

jr. **OMAR BENMBAREK**
Médecin Généraliste
1028, Hay Riad - BOUZNIKA
Tél : 05.37.64.91.79
en cas d'urgence : 06 72 43 50 87
INPE : 061188821

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 03 JAN 2024

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diphtherie Type 2

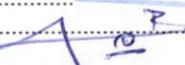
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

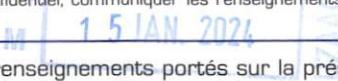
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA Le : 12/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : 

 MUPRAS

ACCUEIL

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
02/03/2014	C	1	1800	Dr. OMAR BEN HABIB Médecin Généraliste 1028, Hay Riad - BOUZIAD Tél : 05.37.64.91.79 d'urgence : 06.72.43.50.81 INPE : 061188821

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie HAY OTHMANE Ahmed MANSOUR 24, Rue Tiznit - Lot 45 Hay Othmane - BOUZNAKA Tél. : 05 37 74 30 53	03/01/24	1173,180

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with 16 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (1-4), upper right (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis pointing upwards and the horizontal axis pointing to the left. The vertical axis is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The teeth are arranged in a curve, with the first molar (16) at the bottom center and the second molar (1) at the top center.

[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



Ordonnance

03 JAN 2024

Bouznika le :

jaouad kabailou-berrada

Nom et prénom :

744,00
• LANTUS SOLOSTAR IN 100UI/ML 3ML B5 STYLOS INJECTABLES GM

601,00
• GLEMA CO 3MG B30 COMP
X3 0-1-0

=180,00
• DIAFORMINE CO 1000MG B30 COMP
1-0-1

99,50
• NEOVIMAG 375MG B30 GELULES
0-0-1

87,30
• DERMOFIX 2% CR 30G CREME
1 appl * 2 / jr

1173,80

Pharmacie HAY OTHMANE
A-Hmed Thanoor
Route Ifzim - Hay Riad
Hay Othmane - 05 37 74 30 53

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

Adresse : 1028 hay riad bouznika

Fix : 05 37 64 91 79

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

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

العنوان : حي الرياض رقم 1028 بوزنيقة

الهاتف : 05 37 64 91 79

الهاتف المحمول في الحالات المستعجلة : 06 72 43 50 87

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

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 744DH00



6118001 081615

PPV: 21DH00
PER: 06/26
LOT: M2206

PPV: 21DH00
PER: 11/26
LOT: M3857

PPV: 21DH00
PER: 11/26
LOT: M3857

PPV: 60DH00
PER: 09/25
LOT: M3236

PPV: 60DH00
PER: 09/25
LOT: M3236

PPV: 60DH00
PER: 06/25
LOT: M2225

87.30

NEOVIMAG®

PPC: 99,50DH
LOT: NG04
EXP: 10/26

375 mg