

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10/186 Société : AN A-1 RET. ROSSIE 33
 Actif Pensionné(e) Autre : QADIR
 Nom & Prénom : Raiim Driss
 Date de naissance : 10-4-59
 Adresse : 81 Rue AL HANBRA Hay El Youssef
 Tél. 0522 26 60 78 Total des frais engagés : 10000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Dr. Mohamed DAHDOUNE
 Omnipraticien - échographiste
 Médecin Expert Asperger
 Prés les Tribunaux
 Agréé pour l'attribution de la pension de invalidité
 111, Rue Moussa Ibn Noureddine 1233
 Tel: 0522 26 60 78
 Nom et prénom du malade : Raiim Driss Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : D.N.I.D + PNL
 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 : Beni Mellal le 16/01/2024 Le : 16/01/2024
 Signature de l'adhérent(e) : Raiim Driss

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
16/10/24	C	120	120	MR. MOHAMED DAHOUNE Omnipraticien - Échographiste Médical et Pédiatrique Assermenté Permis de conduire P.C.E. 0522328730 Titre de permis de conduire 113, Rue Moussa Ibn Nouraï Béja - Tél. 022 32 87 30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Parfisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Med. KHAOUDRAOUI 612, Rue Med. KHAOUDRAOUI Béja - Tél. 0522 32 87 30	16/10/24	527,70

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

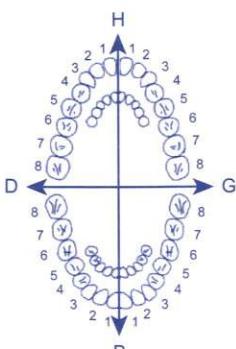
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				DEBUT D'EXECUTION
FIN D'EXECUTION				COEFFICIENT DES TRAVAUX
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
G				
[Création, remont, adjonction]				DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed DAHOUNE

Médecine Générale

Echographie Générale
Médecin Expert

Assermenté près les Tribunaux



الدكتور محمد دحون

الطب العام

الفحص بالموجات الصوتية
خبير محفوظ لدى المحاكم

Berrechid, le

16.1.2024

142.20

Acrylum Driss

28000 X 6 Véritable 800 36.1

Frech fluoghage 1000

ut

38000

24.

3000
=.

642. Rue
Berrechid
Medecin
Pharmacie KHADRAOUI

Spaleti 14

102.10

20 SV gel

32.150

Dr. m. son crème f.

14.100

Doliforme 1 fr SV gel

55.00

Amox 15 - 2

Dr. Mohamed DAHOUNE
Médecin - échographiste
Assermenté
Médecin Expert Assermenté
Prés les Tribunaux
Médecin de permis de conduire
Prés Certificat de permis de conduire
Agree pour Certification Ibn Noussair
113, Rue Moussa Ibn Noussair 0522 32 72 33
Berrechid

527.70

05 22 32 72 33 - الهاتف : 05 22 32 72 33

113, Rue Moussa Ibn Noussair (Prés de Crédit Agricole Bd, Med Berrechid, Tel 05 22 32 72 33

PPV: 55,00 DH
LOT: 650029
PER: 05/24

LOT: 742
PER: 05/2024
PPV: 32 DH 50

LOT 221510
EXP 10/2025
PPV 28.00DH

LOT 230393
EXP 03/2026
PPV 28.00DH

LOT 230751
EXP 04/2026
PPV 28.00DH

LOT 230752
EXP 05/2026
PPV 28.00DH

28,00

28,00

PPV: 14DH00
PER: 09/25
LOT: L3052

38,00

EXP 07/2026
PPV 38,00

38,00

EXP 07/2026
PPV 38,00

(50x20x114) mm

38,00

LOT: 22249
PER: 05/2025
PPV: 102,00 DH

Lot
EXP
PPV

*X87K
04 2025
42,20 DH