

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

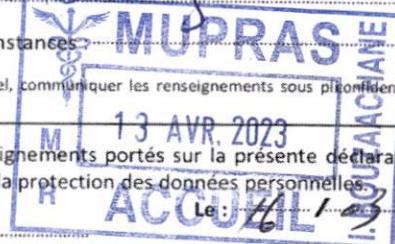
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-551777

| | | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : <u>4135</u> | Société : <u>ASNA</u> | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : <u>FAROUK SOUFI</u> | | | |
| Date de naissance : <u>01/04/57</u> | | | |
| Adresse : <u>68, RUE OVED ZI ALPI 12 AGDAL</u> | | | |
| Télé. : <u>0661 93178</u> | Total des frais engagés : | <u>142,10</u> Dhs | |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| IE : 00188396900025 Félibrile : 25119956 IE : 34207435 Mohamed SAIID BENKIRANE | | | |
| Date de consultation : <u>16/03/23</u> | Age: <u>66</u> | | |
| Nom et prénom du malade : <u>FAROUK SOUFI</u> | | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Nature de la maladie : <u>Paralysie</u> | | | |
| 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 : RABAT Le : 13 AVR. 2023
Signature de l'adhérent(e) : G. J. 1



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 règlement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 16/03/93 | GP | 500 | | INP : 16/03/93 Mohamed BAIAD |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| CIE MODERNE SOCIETE UNIQUE Koutouya, Rés Koto 01-1100 17 89 82 / 00 | 16/03/93 | 144,10 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIographies

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

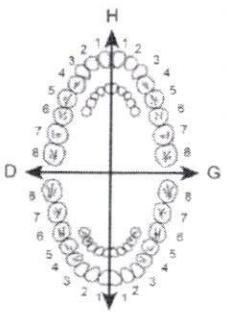
AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| | |
|-------------------------|--|
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DEBUT D'EXECUTION | |
| FIN D'EXECUTION | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DATE DU DEVIS | |
| DATE DE L'EXECUTION | |

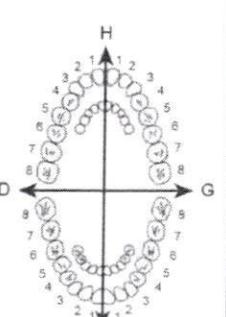


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| B | | |

[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

Dr. Said BENKIRANE

Cardiologue - Ryhmologue

Spécialiste des maladies

du coeur et des vaisseaux

Diplômé de l'Université de Bordeaux

France



الدكتور سعيد بن كيران

اختصاصي في أمراض

القلب والشرايين

خريج جامعة بوردو

فرنسا

ORDONNANCE

Rabat, le

16/03/23

Cir' Francesco Thom.

① Rout 10 → dg le soi

147,10 ✓ Cdg 3 mois

PPV : 147DH10
PER : 11/24
LOT : L3805-2

INPE: 102043494

Pharmacie MODERNE
S.A.S. SOCIÉTÉ UNIQUE
Place Hassan II AAOUIYINE, Rés. Kasbah
Tel: 05 37 71 89 82 / 05 27 91 97 70
Fax: 05 37 77 23 22

Mohammed SAID BENKIRANE
F: 34207435
Patente: 25119956
ICE: 0018039690000025

Urgences

Gsm : 06 61 15 30 74

المستعجلات

06 61 15 30 74 شارع العلوين - حسان - الرباط - الماكن / الفاكس : 05 37 20 12 51
28, Av. Alaouiyyine, RDC - Hassan - Rabat - Tél.Fax : 05 37 20 12 51 - Gsm : 06 61 15 30 74

البريد الإلكتروني : E-mail : cardio_ben@yahoo.fr