

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- 0013838 *par Louisa*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

| | | | |
|--------------------------------|--|---|------------|
| Matricule : | 747 | Société : | RAM 162838 |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : | | MIKOU Abdessaham | |
| Date de naissance : | | 8 MAI 1945 | |
| Adresse : | | Rue KAOUTAR AV. IBN ATHIR V.N. FES | |
| Tél. : | | 0663 045 835 Total des frais engagés : 1066 Dhs | |

Cadre réservé au Médecin

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin : |  Dr. Mohamed Bennis Chirurgien Urologue 54, Avenue Hassan II - Fès C: 05 35 62 46 69 - P: 06 61 25 12 35 INP: 141026542 | | |
| Date de consultation : | 02 MAI 2023 | | |
| Nom et prénom du malade : | Abdessaham MIKOU Age: 78 ans | | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | Affection urologique | | |
| Affection longue durée ou chronique : | <input type="checkbox"/> ALD | <input type="checkbox"/> 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 : FES

Le : 08/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 MAI 2023 | CS | | 250,- |  Dr. Mohamed Benni Chirurgie Urologique 34 Avenue Hassan II - Fès 0535624669 - P 0661251236 INP: 141026542 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| <p style="text-align: center;">  LAHNACHAMINEX DE TIZC. PROVINCE IFRAN TEL : 06 57 74 22 31 </p> | 21/5/2093 | 816,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| 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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | 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 :

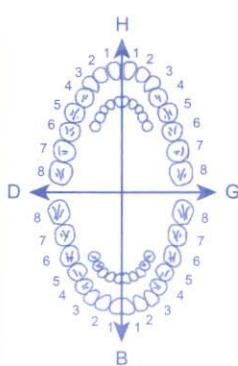
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed Bennis

Chirurgien Urologue

Chirurgie et exploration endoscopiques

Stérilité masculine - Dysfonctions sexuelles

Circoncision

(Adultes - Enfants)



الدكتور محمد بنيس

الختصاصي في أمراض وجراحة

الكلى والمسالك البولية والجهاز التناسلي

الفحص والجراحة بالمنظار - الختان

الضعف الجنسي - العقم عند الرجال

(الكبار - الصغار)

Fès le : _____ فاس، في :

02/05/2023

Mr Abdessamad MIKOU

3

272,00

AVODART 0,5 mg : 1 cp / jour, le matin (3 boites)

816,00



Dr KALI REDA
AIN LAHNACH AÏN DE TIZGUIT
PROVINCE D'ORAN
TEL : 06 67 78 98 87

Dr. Mohamed Bennis
Chirurgien Urologue
54, Avenue Hassan II - Fès
C : 05 35 62 46 69 - P : 06 61 25 12 35
INP : 141026542

المستعجلات : 06 61 25 12 35

54, Avenue Hassan II - Fès شارع الحسن الثاني - فاس

العيادة : الهاتف / الفاكس : 05 35 62 46 69

البريد الإلكتروني : urobennis@yahoo.fr

INP : 141026542 - ICE : 001649616000052

ID: 648347 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 272,00 DH
8 118001 141654

106 1347 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 272,00 DH
6 118001 141654

106 1347 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 272,00 DH
6 118001 141654