

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2924

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LATYANZ EL HADJ

Date de naissance : 01/01/48

Adresse : 23 R. El Houda Avenue 4 Rue Soltane 2
Bd. Amer Ben KHATTAB 88di Maran Casab

Tél. : 06.72.70.65.49 Total des frais engagés : 92.90.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/06/2023

Nom et prénom du malade : BADER Rachida Age : 28/03/1958

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le 11 JUIN 2023

Signature de l'adhérent(e) : 3. AUCUE BO



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
06.06.23	C.S.		350 DH.	2730349 Institut 2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMacie INES Dr. BENCHICHI B. Dr. en Pharmacie Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 46 CASA Tel. 0522 50 24 80	06/06/2023	97,90 F

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	D 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur
Mohamed Anis Khelil

Chirurgien Urologue Sexologue, Andrologue

Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca.
Diplôme InterUniversitaire d'Uro-oncologie
de la Faculté de Médecine de Rabat
Diplôme InterUniversitaire de Médecine Hyperbare
et Subaquatique de la Faculté de Médecine de Marseille
Diplôme des Explorations Périneales et d'Urodynamique
de la Faculté de Médecine de Oujda.
Diplôme inter universitaire de la faculté de Médecine
de Montpellier de la microchirurgie de la verge.
Membre de l'Association Européenne et Americaine
d'Urologie et de Sexologie.



الدكتور محمد أنيس خليل

- اختصاصي في أمراض وجراحة المسالك البولية، الكلي، المثانة والجهاز التناسلي
- خريج كلية الطب بالدار البيضاء
- دبلوم علاج سرطان المسالك البولية
- من كلية الطب بالرباط
- دبلوم العلاج بالضغط العالي من كلية الطب بمرسيليا
- دبلوم استكشاف العرق وديناميكا البول
- من كلية الطب بوجدة
- دبلوم في ميكرو وجراحة القصيب من كلية مونبلييه
- عضو في الجمعية الأوروبية والأمريكية لجراحة المسالك البولية التناسلية

Ordonnance

الدار البيضاء، في Casablanca, le *2002 Nov 9*

Mr / Mme / Mlle :

① VEC A 500g D/ 4600
97.90

② OfiKem 200g D/ 11
97.90

94, Bd Guernaoui Hay Quods, 1^{er} étage - Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél/Fax : 0522 73 03 49 - Urgence : 06 61 51 26 80 - email : kheliluro@gmail.com
www.drkhelilanis.com