

Déclaration de Maladie

Nº M21- 0060302

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6912 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : 195162

Nom & Prénom : YACOUTI Ahmed

Date de naissance : 08/11/1961

Adresse : HABIB TAMEZ

Tél. : 0689 86 23 46 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Abdellah AHIZOUNE
MÉDECIN GÉNÉRALISTE
Spécialiste en médecine du travail
214 LOI AI WAHDA 2
Tél: 05 22 03 40 40
Deroua-Berrechid-Maroc

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/01/2024

Nom et prénom du malade : YACOUTI ALAE Age : 54 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection SPL

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : R. YACOUTI

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
08/01/2024	C		120,00	Br. Aouad MEDICAL ALWAHDA spécialiste en médecine du travail 21440 ALWAHDA 2 Tél: 0522 03 40 40 Doriva, Garrechid-Maroc

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MADINA MOURA Dr. Aouad HAMOUD ot. EA 254 Meuble N°1 Pole Urbain de Nouaceur CASABLANCA - 0522 59 94 01	08 JAN 2024	109,20

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

AIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et 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 <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553	G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000																				
35533411																				
B	11433553																			
G																				
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

PHARMACIE AL MADINA MONAOIRA
Dr. Aouatif HAMDOUN
Lot. EA 257, Immeuble N° 1
Pôle Urbain de Nouaceur
Casablanca - 0622539401

ORDONNANCE

Donna

Le : 08.01.2024

YACOUTI ALAE

100,00

1. Breugelare

20,00

10,20

2. Dolostop 500 mg 5 sachet

S.V

BOMULASE 200 mg/ml
Sachet 125 ml

6118000120742

59,00

3. Saptur 500 mg

LOT : 6649
PER : 07-26
P.P.V. : 10.04.2020

LOT : 6649
PER : 07-26
P.P.V. : 10.04.2020

X : 109,20

PHARMACIE AL MADINA MONAOIRA
Dr. Aouatif HAMDOUN
Lot. EA 257, Immeuble N° 1
Pôle Urbain de Nouaceur
Casablanca - 0622539401

Lutam (17H)

PPV: 59DH00
PER: 06-26
LOT: M 2135

Saphir®
500 mg/0,5 mg
12 Sachets
6118000082545