

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.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1316

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom :

Toufik Snail

Date de naissance :

01/01/49

Adresse :

Café Djemaa Bloc 11 N° 498 Gde

Hay Chouassi

Tél. : 0661517353

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Marouane BENCHEKROUN
Médecine Générale Echographie
16 Bd EL Rida 1^{er} Etg. Derb Folkara
Tél: 05 22 28 39 03. Casablanca

Date de consultation :

20/01/2011

Nom et prénom du malade :

Toufik Snail

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète - Hypertension

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 et 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 : Casablanca

Le : 10/01/2011

Signature de l'adhérent(e) :

ZK

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
20 Aout 2021	Urgence	1	120.000 Dhs	INR DR. MAREQUA BENCHERAKO Dr. MAREQUA Générale Echographie 20 Bd El Fida 1 ^{er} Etg. Derb Fokara Tél: 05 22 28 39 93. Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20.04 21	648.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				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	21433552 00000000	MONTANTS DES SOINS []
	D	00000000	00000000	DATE DU DEVIS []
	B	35533411	11433553	DATE DE L'EXECUTION []
		[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			

OMNIPRATICIEN

Diplômé de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Dakar
C.E.S. d'Echographie Générale

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة بدمشق
حاصل على شهادة الفحص بالصدى

TOUFAH Smail
Casablanca, le 20 APR 2021

Glyset 3 mg
45.20 1 cp x 2 h x 2 mois

Gmaphage 850 mg
99.00 1 cp x 3 h x 2 mois

Aclar 1 g
144.50 1 sachet x 2 h

Ebac 20 mg
1 gelatifi h matin et nuit

648.70

Dr. Marouane BENCHEKROUN
Médecine Générale Echographie
26 Bd EL FIDA 1^{er} Etg - Derb FOKARA
Télé : 0522 28 39 93

76، شارع الفداء - درب الفقرا - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 28 39 93
76, Bd EL FIDA - Derb FOKARA - 1^{er} Etage - Casablanca. Tél : 0522 28 39 93

100
333 2712
201 1010 80

144,50

