

## 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° W21-658952

91963

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3331

Société : FAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DAKIR ABDELMAJID

Date de naissance : 25/06/1966

Adresse : EL JELFA - CASA

Tél. : 066139420

Total des frais engagés : 52 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/10/2021

Nom et prénom du malade : DAKIR ABDELMAJID Age : 56

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HYP

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

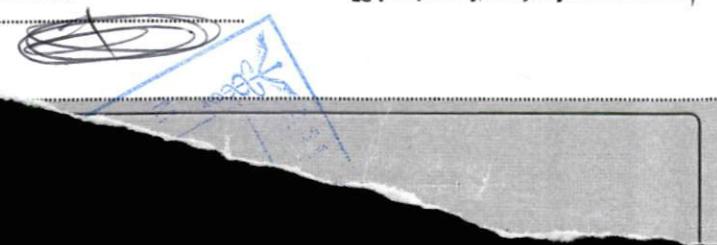
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 13/10/2021

Le : 13/10/2021

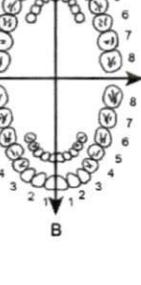
Signature de l'adhérent(e) :



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
15/01/2024	CGT	1	250,00	INP : 111-111-111-111 Dr. Mathieu CARREAU Rue N°61 - 181 Elouy - FR Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 / 238 14 INPE: 911700,0
	ECG			

### VOLET ADHERENT

#### \* Il est entendu

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																							
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																							
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	<b>INP :</b> <input type="text"/>																			
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																			
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																			
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																			
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																			
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																		
					<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">B</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	00000000		00000000	D	00000000	00000000	35533411		11433553	B	B	G
					H	25533412	21433552																
					00000000		00000000																
					D	00000000	00000000																
35533411		11433553																					
B	B	G																					
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																							
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																							
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																							
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																							
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																							
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																							



Casablanca, le : ..... 13/10/2021 .....

Nom et Prénom : .....

DAKIR Abdelmajid

9000 X3

COERIL 4



1/2 comprimé, pendant 3 mois

LOT 211284	1
EXP 05 2023	
PPV 90 00	

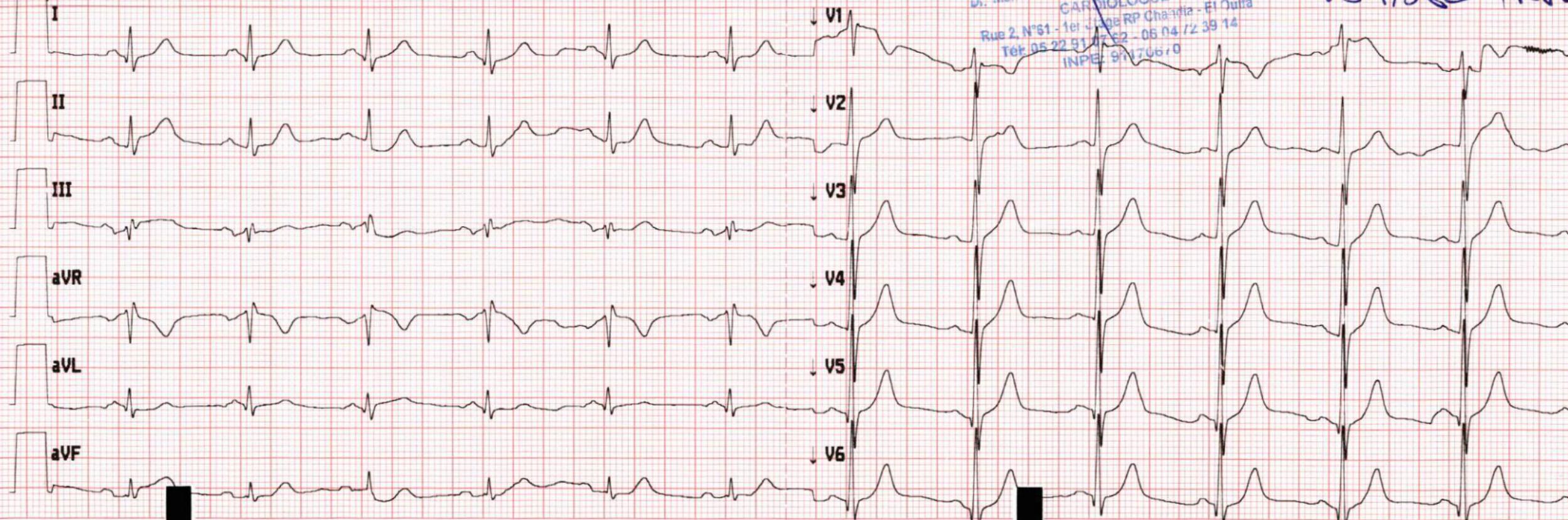
12000

LOT 200752	1
EXP 03 2022	
PPV 90 00	

دكتور مهدي بنجلون - 61 - الطابق الأول - مدار الشهدية - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0604.72.39.14 - 0522.91.07.62 - البريد الإلكتروني : drmehdibenjelloun@gmail.com  
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - El Oulfa - Casablanca - Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

ID:  
D-naiss:  
ans,

13-Oct-2021 11:55:00 Fréq. Card.: 75 BPM  
Axes P-R-T: 27 32 42 Int PR: 161ms  
Dur.QRS: 98ms QT/QTc: 362/390ms



70.557

DAKIR  
BENJELOUN MEHDI