

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricole : 6005 Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : SOUNI ABDELKARIM		
Date de naissance : 14 NOV 1964		
Adresse : 1ST RUE SANAA TISINI BEN REZIB		
Tél. : 066004650 Total des frais engagés : # 600,85		
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
<i>Dr. Brahim BASFAOU</i> Chirurgien - Urologue Angle Bd. Mohamed V et Bd Hassane binou Tabib - Herrech Tel. 05 22 12 75 26		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : SOUNI ABDELLAH Age:		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Infection Prologique		
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 médecin conseil de la Mutuelle.		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je décl avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles		
Fait à : Signature de l'adhérent(e) : <i>SOUNI ABDELLAH</i>		
ACCUEIL		

# 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
24/11/2021	CS	42	260DH	INP 08/10/2021 Dr. M'hamed Moham Anbiat - Dr. M'hamed Moham Bd Hassan II, 10000 Casablanca Tél: 0522328494

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOUN Samir Docteur en Pharmacie Rue ASSALAM Hay Al Hassane BERRECHID Tél: 0522328494	24/11/2021	350,90

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

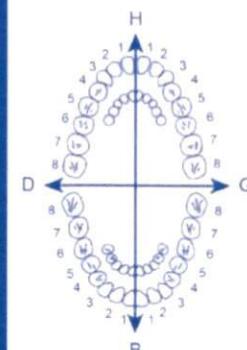
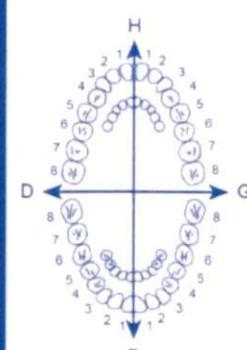
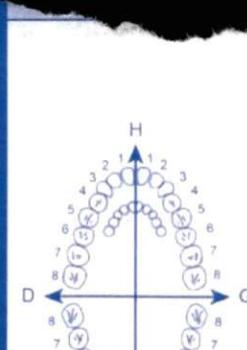
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

 <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>  <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
D	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
B																
 <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>	<b>MONTANTS DES SOINS</b>															
<b>DATE DU DEVIS</b>	<b>DATE DE L'EXECUTION</b>															
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>															

## عيادة طب و جراحة الكلي و المسالك البولية و التناسلية

# CABINET D'UROLOGIE

الدكتور ابراهيم بسْفُو  
اختصاصي في جراحة الكلى و المساك  
البوليية و التنااسلية

~~Dr. MAULIAK  
ASMOUN Saint  
Docteur en Pharmacie  
Rue ASSALAM Hay Al Houde  
BERRECHID  
T : 05 22 32 84 04~~

فخص و جراحة امراض البولية عبر اهتماظ تقويمات بدون جراحة لفحص الكليتين و امراض البولية العقم و العجز الجنسي عند الرجال ، الامراض التناسلية الختان و التبول الارادي عند الاطفال الفحص بالصدى

## **Chirurgie et endoscopie des reins et des voies genito-Urinaires**

## Echographie urologique, Lithotritie extracorporelle

#### **Stérilité masculine, impuissance sexuelle**

## Maladies sexuellement transmissibles

## Circoncision, énurésie chez l'enfant

LOT : 3363  
UT. AV : 09-24  
P.P.V : 79 DH 30

Ex 79, 30

51

① leftox no

Dep'tt

33,02

33, 5

② italyne 1  
expl



دون شروط معينة للتخزين.

حفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.

Aug 30

one

③ Flotval 10 cm

11350,95 (cp) dm Dr. Brahim BASEF  
Grenoble - Jrole

Dr. Brahim BASF  
Chirurgien - Urologie

LOT : 2926  
UT. AV : 08-24  
P.P.V : 79 DH 30

2021/12/2021

05 22 32 75 75 - برشيد - الهاتف : 05 22 32 75 75 - برشيد - الهاتف :  
زاوية شارع محمد الخامس قرب مسجد الزهراء - زاوية شارع محمد الخامس قرب مسجد الزهراء - Berrechid - Tel. : 05 22 32 75 75 - Berrechid - Tel. : 05 22 32 75 75