

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.



129943

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 9306 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNIS TAHAR

Date de naissance :

92/07/72

Adresse :

habituelle

Tél. :

Total des frais engagés : 120 Dhs + 85,91 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/09/2022

Nom et prénom du malade : BENNIS Age : 50 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : 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 : CRSA

Le : 16/09/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 05/09/12 | C | | 120 DP | Dr. Jamal ARRAKI 4 Rue Ibnou Khaldoun Habous Casablanca Tél: 0522 44 25 43 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| PHARMACIE EXELMANS 77 boulevard Exelmans 75018 PARIS - 01 46 51 23 92 | 14/09/2012 | 85,95 € |

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

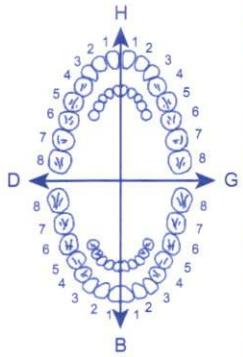
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, 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 | MONTANTS DES SOINS | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | DATE DU DEVIS | DATE DE L'EXECUTION | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | |
| H | | | | 25533412 | 21433552 |
| D | | | | 00000000 | 00000000 |
| B | | | | 00000000 | 00000000 |
| | | | | 35533411 | 11433553 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| [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

Docteur Jamal Arraki

Médecine Générale

*Ex-médecin Militaire
Expert Assermenté près les Tribunaux
Certificat Universitaire d'Echographie
médecin agréée à la visite
médicale d'Aptitude pour
permis de conduire*

4, Rue Ibn Khaldoun, Habous- Casablanca
Tél. : 0522 44 25 43 - 0650 86 30 11

الدكتور جمال الحرافي

الطب العام

*طبيب عسكري سابق
خبير محلف لدى المحاكم
الفحص بالصدى
طبيب مرخص بالفحص
الطبي لرخصة السيارة*

4، زنقة ابن خلدون، الأحبان- الدار البيضاء
الهاتف: 0650 86 30 11 - 0522 44 25 43

Casablanca, le : الدار البيضاء . في :

BENNIS Mohamed tahaoui

Signature 400x3
23 2x u

2 3mris

85,95€

PHARMACIE EXELMANS
77 boulevard Exelmans
75018 PARIS 01 46 51 23 92
752 043141

Dr. Jamal ARRAKI
1 Rue Ibnou Khaldoun
Habous Casablanca
Tél: 0522 44 25 43

Lot LAKZ
EXP 07-2024
PC: 03400935997302
SN: 07674649367451

Lot LARR
EXP 03-2025
PC: 03400935997302
SN: 02870100157430

Lot LAAF
EXP 05-2023
PC: 03400935997302
SN: 24112300538061995470