

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0013834

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 747 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MIKOU Abdessamad
 Date de naissance : 8 MAI 1945
 Adresse : RUE LAOUTAR AV. IBN ATHIR FES V.N.
 Tél. : 0663 045835 Total des frais engagés : 79.4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohamed Bennis
 Chirurgien Urologue
 54, Avenue Hassan II - Fès
 C : 05 35 62 46 69 - P : 06 61 25 12 35
 INP: 141026542
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 01 DEC 2022
 Nom et prénom du malade : Abdessamad MIKOU Age : 77 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Urologique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC 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 : FES Signature de l'adhérent(e) : Le : 12/12/2022


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01-DEC-2022 | CS | | 250 |  Dr. Mohamed Bennis Médecin Urologue 62 66 69 14 10 26 54 2 141026542 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | | | | |
|---|-------------------------------|--|--|--|
| <p>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</p> <p>PHARMACIE AIN LAHNACH Dr KALI REDA AIN LAHNACH ANNEX DE TIZGUIT PROVINCE IFRAN TEL : 06 67 74 98 01</p> | <p>Date</p> <p>01.12.2022</p> | | | |
| | | | <p>Montant de la Facture</p> <p>PHARMACIE AIN LAHNACH Dr KALI REDA AIN LAHNACH ANNEX DE TIZGUIT PROVINCE IFRAN TEL : 06 67 74 98 01</p> | |
| | | | <p>544.00 DM</p> | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

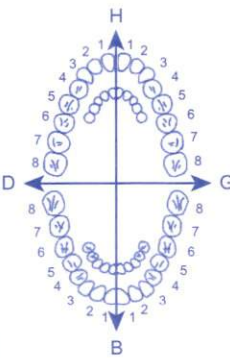
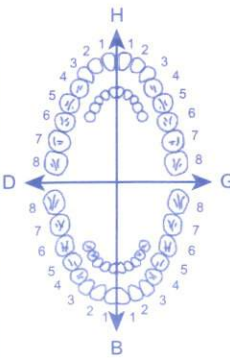
[illegible]

RELEVÉ 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 | <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 | | | | | |
|  | <div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div></div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> | | |
| | | | | 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

Dr. Mohamed Bennis

Chirurgien Urologue

Chirurgie et exploration endoscopiques

Stérité masculine - Dysfonctions sexuelles

Circoncision

(Adultes - Enfants)



الدكتور محمد بنيس

اختصاصي في أمراض وجراحة

الكلية والمسالك البولية والجهاز التناسلي

الفحص والجراحة بالمنظار - الختان

الضعف الجنسي - العقم عند الرجال

(الكبار - الصغار)

فاس. في : _____

01/12/2022

Mr Abdessamad MIKOU

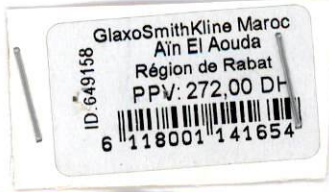


2x272,00

AVODART 0,5 mg : 1 cp / jour, le matin (2 boîtes)

544,00

PHARMACIE AIN LAHNACH
DR KALI REDA
AIN LAHNACH ANNEX DE TIZGUIT
PROVINCE JERAM
TEL : 06 67 74 98 01



Dr. Mohamed Bennis

Chirurgien Urologue

54, Avenue Hassan II - Fès

C : 05 35 62 46 69 - P : 06 61 25 12 35

INP: 141026542

المستعجلات : 06 61 25 12 35

54, Avenue Hassan II - Fès فاس شارع الحسن الثاني

العيادة : الهاتف / الفاكس : 05 35 62 46 69

البريد الإلكتروني : urobennis@yahoo.fr

INP: 141026542 - ICE : 001649616000052