

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.

Maladie

Dentaire

Caractère réservé à l'adhérent (e)

Matricule:

26M 0211

Société:

RAM -

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom:

BEKKALI AHMED

Date de naissance:

01/01/1958

Adresse:

3; Rue Hafid Ibrahima CASA

Tél. 0661427832

Total des frais engagés : 460. + 472.40 Dhs

Caractère réservé au Médecin

Dr. My Abdelhafid BOUKILI
PSYCHIATRE - PSYCHOTHERAPEUTE
17, Rue Mahmoud Tir sur - R.D.C
Résidence Kawatic 2, Quartier Gauthier
Casablanca - 05 22 26 99 06

Cachet du médecin:

Date de consultation : 09 MARS 2023

Nom et prénom du malade: BEKKALI Ahmed

Age: 1958

Lien de parenté: Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie: Troubles de l'humeur

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: CASA

Le: 15/3/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 09 MAI 2023 | CNFSY | | 400,00 | DR M Abdellatif BOUDAH PSYCHOTHERAPEUTE 17 Rue Mahmoud Timour - R.D.C. Residence Yaâmid 2 Quartier Gauthier Casablanca - 05 22 26 99 06 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|--------|-----------------------|
| PHARMACIE M. Brahim ROUDAH 16, Bd Brahim Roudah Casablanca Tél : 05 22 27 43 86 / 05 22 27 12 11 | 9-3-23 | 472,00 |

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

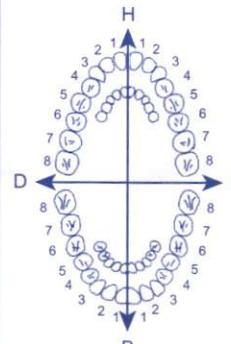
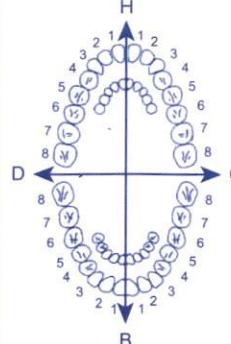
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |  O.D.F PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table 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 style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur My Abdelhafid BOUKILI

الدكتور م. عبد الحفيظ بوكيلى

Psychiatrie - Psychothérapie

Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de Paris
Certificat d'Etudes Spéciales
Paris VI 1982

طبيب ومعالج نفسي

طبيب سابق في المستشفيات المختصة بباريس

حاصل على شهادة الاختصاص بكلية باريس VI 1982

Casablanca, le 08 MARS 2023 الدار البيضاء، في

M. BEKKALI Ahmed

S.V

13020 - TREZEN 20 mg

347Pxv 1 cp le matin 1/2
- ZEPANT 60 mg

S.V

1/4 de logie. le matin

1/2 cp le soir

851P42 - SOLIAN 50 mg

S.V

513P42 1 cp le = 1/2
- LUDIONAILE 25 mg

S.V

X mois

+ 472.40

Dr. My Abdelhafid BOUKILI
PSYCHIATRE - PSYCHOTHERAPEUTE
17, Rue Mahmoud Timour - R.D.C.
Résidence Rawafid 2, Quartier Gauthier
Casablanca - 05 22 26 99 06

LOT: 0099
EXP: MAI 2027
PPV: 51,30 DH

