

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0013839

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 747 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Mikou Abdessamad
Date de naissance : 8 MAI 1945
Adresse : Rce KAOUTAR Avenue IBN ATHIR
FES V.N.
Tél. : 0663 045835 Total des frais engagés : 1.066 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. Mohamed Bennis
Chirurgien Urologue
54, Avenue Hassan II - Fes
C: 05 35 62 46 69 - P: 06 61 25 12 35
INP: 141026542
Date de consultation : 3.1 JAN. 2023
Nom et prénom du malade : Abdessamad MIKOU Age: 78 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 : Le : 15 / 03 / 2023
Signature de l'adhérent(e) :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AIN LAHNACH Dr KALI REDA AIN LAHNACH ANNEX DE TIZGUY PROVINCE IFRAN TEL : 06 67 74 98 01	21/11/2023	316,00

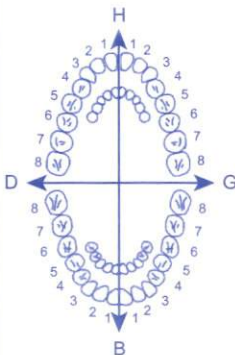
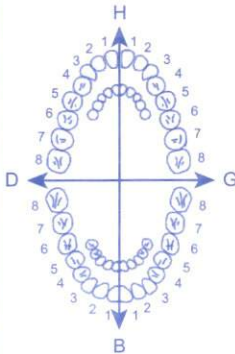
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

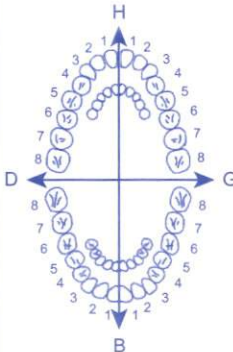
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX										
					MONTANTS DES SOINS									
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX									
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">H</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 2px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 2px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
					DATE DU DEVIS									
					DATE DE L'EXECUTION									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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

Stérilité masculine - Dysfonctions sexuelles

Circoncision

(Adultes - Enfants)



الدكتور محمد بنيس

اختصاصي في أمراض وجراحة

الكلية والمسالك البولية والجهاز التناسلي

الخص والفح والجراحة بالمنظار - الختان

الضعف الجنسي - العقم عند الرجال

(الكبار - الصغار)

فاس. في : _____

31/01/2023

Mr Abdessamad MIKOU

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 272.00 DH
ID: 651091
6 118001 141654

5 mg capsule

S.V

3
272,00
816,00
AVODART 0,5 mg : 1 cp / jour, le matin (3 boites)
PHARMACIE AIN LAHNACH
DE KALIMED
AIN LAHNACH BOULEVARD DE TIZGUI
PROVINCE IFRAN
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

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 272.00 DH
ID: 650589
6 118001 141654

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 272.00 DH
ID: 650589
6 118001 141654

مستعجلات : 06 61 25 12 35 : Urgences

54, Avenue Hassan II - Fès شارع الحسن الثاني - فاس

العبادة : الهاتف / الفاكس : 05 35 62 46 69 Cabinet : Tél/ Fax

البريد الإلكتروني : urobennis@yahoo.fr E-mail

INP: 141026542 - ICE : 001649616000052