

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.

M22- 0012812

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>6905</u>	Société : <u>Royal Air Maroc</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>Benjelloun Lachidha</u>	
Date de naissance : <u>29/10/1942</u>	<input type="checkbox"/> Autre :
Adresse : <u>256 Bt Zerktouni, 1^{er} étage, App. 1 Cedar</u>	
Tél. : <u>0661458616</u>	Total des frais engagés : <u>1700,00</u> Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	<u>Dr N. LATIF IDRISI</u> <u>TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE</u> <u>75, Boulevard Massira Al Khadra</u> <u>Tél. 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 07</u>		
Date de consultation :	<u>Benjelloun Lachidha</u>		
Nom et prénom du malade :	<u>Age: 81 ans</u>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>Pathose de la hanche</u>		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : <u>Casab</u>	Le : <u>26/07/2023</u>		
Signature de l'adhérent(e) : <u>R. Benjelloun Lachidha</u>			

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES TRAITS 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
15/03/2023	CSG	1		Dr. N. LAYIF IDRIS TRAUMATO - ORTHOPEDISTE Boulevard Massira Al Khadra 25/05/2023 22:25:25 07

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
C.P.D.M-M 1703 Av. Al Maghrib de la Medina C-CC, CCial - Rabat E.K	21/03/2023 Perle Synthetique	1700,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

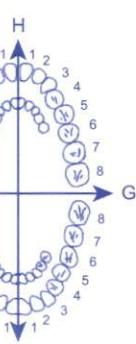
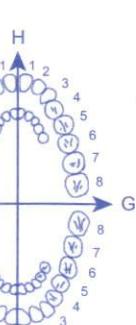
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le 11/03/2023

Benkhouk Rachid.

C.P.D.M-MAROC Sarl Au
Av. Al Maghrib Al Attaba Rés. Perle
de la Médina, C.C. Océan - Rabat
E.K

Cerabrm Synthétique
Bone Substitut
Ref : T 804 405

FACTURE : 2023-16174

NOM DU PATIENT: Mme BENJELLOUN RACHIDA
LIEU D'INTERVENTION: CLINIQUE MAGHREB/CASABLANCA
DATE D'INTERVENTION: 15/03/2023
Chirurgien : DR IDRISI
ICE:001787741000036

**C
o
n
t
a
c
t**

Contact
Lamia Moufid
00 212 6 61 70 80 58

20/03/2023

FOURNISSEUR : TEKNIMED

QUANTITE	DESCRIPTION DU PRODUIT	PRIX UNITAIRE HT	PRIX TOTAL HT
----------	------------------------	------------------	---------------

1	CERAFORM SYNTHETIC BONE SUBSTITUTS VOL 10cc Ref:T804405 Lot:8021261 Peremption:30/09/2026	1416.67	1416.67
---	--	---------	---------

TOTAL HT :	1 416.67 DH
TVA :	283.33 DH
TOTAL TTC :	1 700.00 DH

C.P.D.M-MAROC Sarl
Av. Al Maghrib Al Arabi, Rés. l'.
de la Médina, C.C8, Océan - R.
E.

MODE DE REGLEMENT : en espèce à réception de la facture

Paiement par chèque au nom de la société C.P.D.M-MAROC
ou paiement par virement au compte suivant :
BANQUE POPULAIRE
IBAN: 181 810 21211 4803260 000 6 49
CODE SWIFT : BCPOMAMC