

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **2445** Société : **R.A.M**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **K. BENABDALLAH TAOUAOU**

Date de naissance : **13-02-56**

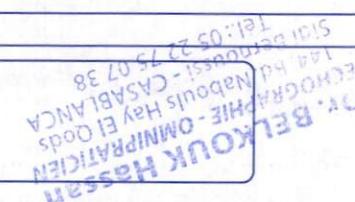
Adresse : **TAOUAOU**

Tél. : **0629465965** Total des frais engagés :

361 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : **K. BENABDALLAH TAOUAOU** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **aff. art. - 26 juil.**

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 : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) : **AB**

Le : **06/07/2023**

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
15 JUL 2023	C		130	130

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE "C"	5/07/23	231,8

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

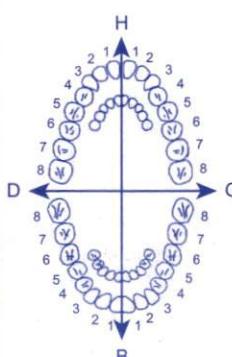
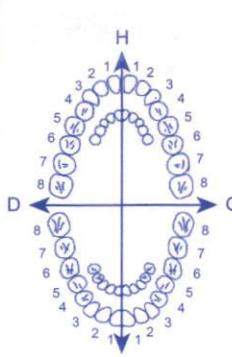
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX		
						
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS		
DEBUT D'EXECUTION						
FIN D'EXECUTION						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H	21433552	00000000			
D	00000000	00000000	00000000			
35533411	11433553					
MONTANTS DES SOINS						DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION						

Docteur Hassan BELKOUK

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Diplômé D'echographie
Générale de la F. M. C

Diplôme d'Expertise Médicale de la F. M. C

MEDECINE GENERALE

Tél: 05 22 75 07 38

الدكتور حسن ياكوك

خريج كلية الطب بالمركز الجامعي ابن رشد بالبليضاء

دبلوم الفحص بالصدى كلية
الطب بالسضا

دبلوم الخبرة الطبية
كلية الطب بالسضا

الطب العام

الهاتف .ع : 05 22 75 07 38

Casablanca ,le : - 5 JUIL. 2023

البيضاء في

ICX8010s

Please

Janet

T = 231,80

LOT:4134A
EXP:06/24
PPV:32DH0

مسدوق، فحمد :

1/ effond	5m	S.V
23,00	56	21,1
2/ Myofasc		S.V
51,00	75	21,1
3/ osteo	23	S.V
99,00	14	26,40
4/ evac		S.V
82,00	74,2	
5/ 2020	13,1	
26,00		

EFFIPRED® 5 mg
PPU 23DH00
EXP 11/2025
LOT 29038 2

107 274386
EXP 10/23
PPV 51DH40

LOT 211484
EXP 04/2024
PPV 99.00DH