

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M22- 0010958

Optique

162901
 Autres

Maladie *Erastre* Dentaire
HVC Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2069**

Société : **RAM**

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Mr. SOUIMMANE Abdessadeq**

Date de naissance : **01-01-1949**

Adresse : **Habituelle**

Tél. : **0766606789**

Total des frais engagés **(300,00 + 222,00 = 522,00) 776,00**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **05/07/2023**

Nom et prénom du malade : **SOUIMMANE Abdessadeq** Age : **74**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : **HVC**

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 : **Casablanca**

Le : **05/07/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/07/23	CS		300,00	<i>Dr. Hépato-Gastro- Bd Al Quds, Résidence Casablanca Imm. 405, 2^{me} étage 3030 31 Tél. / Fax : 05 22 50 30 31</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE du 2 MARS Mme EL ALAMI 575, AV du 2 Mars Andalous 1 Tél : 05 22 57 74 - 05 30 56 06 INPE : 09200042</i>	05/07/23	446,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

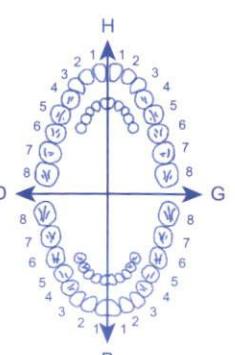
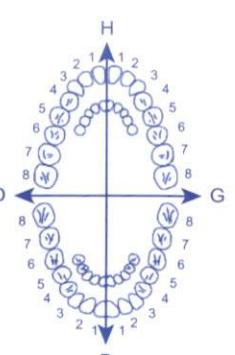
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient des Travaux						
										
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	MONTANTS DES SOINS						
		<table border="1"><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table>	25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553	D	DATE DU DEVIS
25533412	21433552									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
			G	DATE DE L'EXECUTION						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Oumaïma BENKIRANE
Ep Laklou

Spécialiste en Hépato-Gastro-Entérologie

Echographie - Fibroscopie - Coloscopie - Proctologie

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

Diplôme universitaire des hépatites virales et Anti-viraux, UPMC Paris

Diplôme universitaire des Maladies inflammatoires chroniques intestinales, UPMC Paris



الدكتورة أسماء بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي وأمراض الكبد

الفحص بالصدى - تقطير المعدة والمعى الغليظ

علاج أمراض المخرج

خريجة كلية الطب بالرباط

دبلوم جامعي لالتهاب الكبد الفيروسي - باريس

دبلوم جامعي لأمراض الإلتهاب المزمن للأمعاء - باريس

05/07/2023

Casablanca, le

Mr Soummane Abdessadeq

119,00 DH

JUVATONUS

2 gellules par jour, le matin (pendant 3 mois)

476,00



Dr. OUMAIMA BENKIRANE - 0522 50 30 31

"Résidence ASSAFA", Immeuble 405, 2^e Etage

Casablanca, Boulevard Al Qods

Spécialiste en Hépato-Gastro-Entérologie

Tel/Fax: 0522 50 30 31

شارع القدس، تجزئة السكن الأثنيق - «إقامة الصفاء»، عمارة 405، الطابق الثاني الرقم 13 - الدار البيضاء الهاتف/fax: 05 22 50 30 31

Boulevard Al Qods, Lot. Assakane Al Anik - «Résidence ASSAFA», Immeuble 405, 2^e Etage N° 13 - CASABLANCA

Tél./Fax : 05 22 50 30 31 E-mail : ouaimabenk81@yahoo.fr

* Veuillez ramener cette ordonnance lors de votre prochaine consultation

juvatonus

Aux Actifs Naturels

GR107 0725
LOT PER
Prix 119.00

juvatonus

Aux Actifs Naturels

GR107 0725
LOT PER
Prix 119.00

juvatonus

Naturels

GR107 0725
LOT PER
Prix 119.00

juvatonus

AUX Actifs Naturels

GR107 0725
LOT PER
Prix 119.00