

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.

177709

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7205

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NAJEM JAD

Date de naissance :

16-05-1957

Adresse :

TISSIRIT Rue NAZIK AL MELAOUK

14003 BERNACHE

Tél. : 06 11 53 684 69 Total des frais engagés : 1507.156,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nadia BENJELLOUN H.
MÉDECINE GÉNÉRALE
Douleurs et Soins de Support
648, Bd. Du 6 Novembre 1975 Hay Jawadi
SIDI OULD OUSA - Tél. : 05 22 37 35 95

Date de consultation :

16-10-2023

Nom et prénom du malade :

DEBBAR MALIKA

Age : 10-31-65

Lien de parenté :

Conjoint

Nature de la maladie :

DEBBAR

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 : 05/10/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16.09.23 | C2 | | 150.00 | Dr. Nadia BENJELLOUN MÉDECINE GÉNÉRALE Dentiste et Soins de la Dent 648, Bd. du 6 Novembre 12235595 Tél: 091023135 |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie ALAFAC 135 Rue Idris Abou Maad - BERRECHID - Tél: 05 22 33 60 01 | 16.09.23 | 155.45 |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | 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 | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|------------------|-------------|-------------------------|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---------------|
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | |
| | <table> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | DATE DU DEVIS |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nadia BENJELLOUN H.

Médecine Générale

ECHOGRAPHIE CLINIQUE

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Montpellier

Expert Assermentée Prés les Tribunaux

CU "Douleur et Soins de Support"

الدكتورة نادية بنجلون ح.

الطب العام

الشخص بالصدى

خريجة كلية الطب بمونبولي

لدى المحاكم

لاج بالدعم

PPV 116DH40
LOT 320134
EXP 06/2025

Casablanca, le 16.9.23

MA LIKA DEBBAR

116,40

11 Flanax song / 24 gélules

S.V.



Pharmacie ALAFAS

13.5 Rue Ibla Abou Mac

- BERRECHID -

Tél: 05 22 33 64 01

gélules x 24 avant yes

11 Cataplan song

Pharmacie ALAFAS
13.5 Rue Ibla Abou Mac
- BERRECHID -
Tél: 05 22 33 64 01

14,00

11 Hexomedine S.V.

25,00

4). Coccidin pommade

1 app x 24

155,40

Dr. Nadia BENJELLOUN H.
MÉDECINE GÉNÉRALE
Douleurs et Soins de Support
6 Novembre 1975 Hay Jawadi - Sidi Othman
Tél.: 05 22 37 35 95 - E-mail: nadiabenjellounh54@gmail.com

LOT: 230692
PER: 05-2026
PPV: 25,00DH

coccidin pommade
coccidin ointment

6 118000 082989

648, Bd. du 6 Novembre 1975 - Hay Jawadi - Sidi Othman -

Tél.: 05 22 37 35 95 - E-mail: nadiabenjellounh54@gmail.com