

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0015724

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ROCHDI M. Mohamed
Date de naissance : 14-6-1955
Adresse : Résidence walili 7, rue de Rome
CASA
Tél. : 0621933836 Total des frais engagés : 4000 lignes
soit 1320,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
YASAMPARK EVDE SAĞLIK
HİZMETLERİ
Dr. O. Dağhan ÇOBANOĞLU
Pratisyen Hekim
Dip. Tesc. No: 146493
Date de consultation : 12/01/2024
Nom et prénom du malade : Mohamed Rochdi Age : 68
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Alergie chronique
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : X
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 Le : 12/01/2024
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



RELEVÉ 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
12.01.2024	Consultation buccale	1 k.c.	4000 (4000 TL)	YAŞAMPARK EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ Dr. O. Dağhan ÇOBANOĞLU Pratisyen Hekim Dip. Tesc. No: 146493

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

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 <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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(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

REÇETE



BR

ÖZEL

YAŞAMPARK
SAĞLIK GRUBU

0212 909 03 91
0536 515 97 99

Hastanın Adı Soyadı:

M'hamed Rochdi

Tarih : 12 / 01 / 2024

Protokol No. : 15

T.C. No:

CJ6547159

Kaşe / İmza :

Teşhis:

YİYE

YAŞAMPARK EVDE SAĞLIK
HİZMETLERİ
Dr. O. Dağhan COBANOĞLU
Pratisyen Hekim
Dip. Tesc. No: 146493

Rp / I. Enginar tub. DİB(6r) S: 2x1

II. Ibuprofen colt tub. DİB(6r) S: 2x1

III. Nötür fort susp. DİB(6r) S: 2x1

7

YAŞAMPARK EVDE SAĞLIK
HİZMETLERİ
Dr. O. Dağhan COBANOĞLU
Pratisyen Hekim
Dip. Tesc. No: 146493

YAŞAMPARK EVDE BAKIM VE SAĞLIK HİZMETLERİ
LİMİTED ŞİRKETİ
TAŞHAN CAD. HİLAL APT SAKIZAĞACI MAH.
No:52/1
0 BAKIRKÖY/ İstanbul
Telefon: 5350466256
E-Posta: ysmprkmuhasabe@gmail.com
Vergi Dairesi: BAKIRKÖY VERGİ DAİRESİ
VKN: 9381125659



e-Arşiv Fatura



SAYIN
Muhammed Rochdi
Cankurtaran Mahallesi Cankurtaran Caddesi No:26/A
Dicamelot Hotel
FATİH/ İstanbul
Vergi Dairesi: FATİH VERGİ DAİRESİ
TCKN: 11111111111

ETTN: d6ccd833-8cc8-4449-bd81-72353ae0108e

Özelleştirme No:	TR1.2
Fatura No:	YEA2024000000006
Fatura Tipi:	SATIS
Gönderim Şekli:	KAGIT
Düzenleme Tarihi:	12-01-2024
Düzenleme Zamanı:	11:53:43
Son Ödeme Tarihi:	12-01-2024

Sıra No	Mal Hizmet	Açıklama	Miktar	Birim Fiyat	İskonto Oranı	İskonto Tutarı	KDV Oranı	KDV Tutarı	Diğer Vergiler	Mal Hizmet Tutarı
1	Sağlık Hizmeti		1Adet	3.636,36TL	%0		%10,00	363,64TL		3.636,36TL
							Mal Hizmet Toplam Tutarı		3.636,36TL	
							Toplam İskonto		0,00TL	
							KDV Matrahı		3.636,36TL	
							Hesaplanan KDV(%10.00)		363,64TL	
							Vergiler Dahil Toplam Tutar		4.000,00TL	
							Ödenecek Tutar		4.000,00TL	