

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 à caractère personnel.

Déclaration de Maladie

N° W19-438936

DOS n°
10927



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

14819

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BENJELLOU

AKHAMA SAAD

Date de naissance :

01/04/54

Adresse :

678025601

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Laïla LAALOU ALAOUI
Chirurgie - Cancérologue
4, Av. Meida El Manar, Apt 4 - Rabat
Tel: 0527 2F 2 5-GSM: 0661 19 98 84
INF: 1011 .0 . - Patente: 25109331
IGR: 5417 .4 CE: 00170686000062

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, je vous prie de me renseigner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.



J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

ACCEUIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du attestant le Paiement |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 15/11/19 | | K20 | 2500 dh | INP :  |
| | Frais d'Ingr | | 1061,60 dh | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-------------------------|---|
| | Dr. Laila LAALOU ALASOU | Montant de la Facture Chirurgien Dentiste, Appel : 0537 77 77 77 4, AV. Moutay Slimane, 26-GSM: 0661 49 98 84 Tél: 0537 26 33 26-GSM: 0661 49 98 84 INP : 101101095 - Patente: 25109331 TGR: 34177044 - TCE: 001706860000062 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

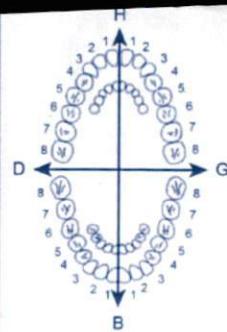
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

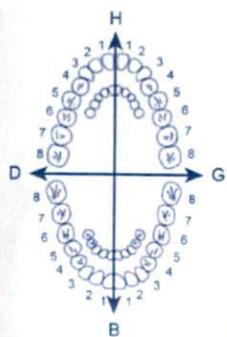
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 11433553 |
| G | 35533411 | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

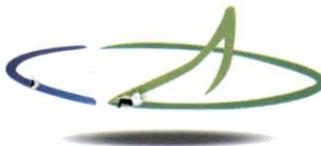
MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



le 15/11/19.

Mr Saad Dakkhaa Benjelloun

Lesion de la face intime de l'œil G.

CRD

- AA Ah.
- Incisions circonscrivant la lesion
- Exérèse large
- Hémostase
- fermeture en 2 plans.

Dr Laalou

Laïla LAALOU ALAOUI
Chirurgien Cancérologue
Moutay Slimane, Appt. 4 - Rabat
37 26 33 26-GSM: 0661 19 98 84
10110 095 - Patente: 25109331
34177044 - ICE: 001706860000062

CLINIQUE AGDAL

MEDICO - CHIRURGICALE
6, Place Tahla Av. Ibn Sina Agdal

F A C T U R E

N° Admission : 19K150908

N° 8 487 / 2019 du 15/11/2019

| | | | |
|-----------------|---------------------------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient | BEN JELLOUN DAKHAMA SAAD | Entrée 15/11/2019 | Sortie 15/11/2019 |
| Prise en charge | PAYANT | | |

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|---------------------------------------|--------|------------|---------------|-----------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| BLOC OPERATOIRE | 20,00 | k20 | 25,00 | 500,00 |
| SEJOUR PATIENT | 1,00 | SE | 325,00 | 325,00 |
| | | | Sous-Total | 825,00 |
| PHARMACIE | 1,00 | | 236,61 | 236,61 |
| | | | Sous-Total | 236,61 |
| Total Frais Clinique | | | | 1 061,61 |
| PRESTATIONS EXTERNES | | | | |
| DR. LAALOU LAILA (chirurgie generale) | 1,00 | K20 | 2 500,00 | 2 500,00 |
| | | | Sous-Total | 2 500,00 |
| Total prestations externes | | | | 2 500,00 |

Total général 3 561,61

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE CINQ CENT SOIXANTE ET UN DIRHAMS SOIXANTE ET UN CENTIMES

| Encaissements | Espèces | Carte Bq | Total encaissé | Solde |
|---------------|----------|----------|----------------|-------|
| | 2 500,00 | 1 061,61 | 3 561,61 | 0,00 |

CLINIQUE AGDAL
Tel : 05 37 77 77 05 37 67 77 77
Fax : 05 37 77 67 77 11/12/13
Tara prof. 257 36 001 / 14. Fesca 03330509
CNSS 2209098-ICE 001657979000067

CLINIQUE AGDAL
MEDICO - CHIRURGICALE
6, Place Tahla Av. Ibn Sina Agdal
Rabat

Reçu de caisse

N° : 1911151433260460 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|--------------------------|-------------------|
| 19K150908 | BEN JELLOUN DAKHAMA SAAD | 15/11/2019 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|-------------------------------|------------------------|-------------|
| Espèce | | 2 500,00 |
| PAYANT | Total payé | 2 500,00 |
| DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS | | |

Reçu établi par : NOURDDIN

CLINIQUE AGDAL JESIJ (L.G.)
6, Place Tahla Agdal, RABAT
Tél. : 05 37 67 77 77 (L.G.)
Fax: 05 37 67 77 77 (L.G.)
Tare prof: 25736901 / I.D. fiscale 033390539
C.N.S.S 2209098 / I.C.E 001657978000067

CLINIQUE AGDAL
MEDICO - CHIRURGICALE
6, Place Tahla Av. Ibn Sina Agdal
Rabat

Reçu de caisse

N° : 1911151437390460 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|--------------------------|-------------------|
| 19K150908 | BEN JELLOUN DAKHAMA SAAD | 15/11/2019 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|--|------------------------|-------------|
| CarteB | | 1 061,61 |
| PAYANT | Total payé | 1 061,61 |
| MILLE SOIXANTE ET UN DIRHAMS SOIXANTE ET UN CENTIMES | | |

Reçu établi par : NOURDDIN

CLINIQUE AGDAL
6, Place Tahla Av. Ibn Sina Agdal
Rabat
Tél: 05 27 17 77 06 G. / 05 37 87 77 77 (L.G.)
Fax: 05 57 67 77 11 12/43
Tél: 05 27 17 77 06 G. / 05 37 87 77 77 (L.G.)
C.N.S.S: 220002511138 091657979000067