

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIER 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 canalaire, 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 canalaire.

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)
11053

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAHBANI

KHALID

Date de naissance :

18.12.1968

Adresse :

Letisant Lafarge lot 314 Boukhara

Tél. :

0663538767

Total des frais engagés : **19.61.00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Abdellah SAHABI
Généraliste Assentente
120, Bd. Dakria Jamila 5
Cit. Semaan - Casablanca**

Cachet du médecin :

Date de consultation :

03/07/19

Nom et prénom du malade :

Khalid SAHBANI

Age: **1968**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète

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 : **03.07.19** Casablanca Le : **03/07/19**

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
SAHBANI
Khalid SAHBANI

BELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/07/19 | C1 | 1 | 150,00 | INP : 09118134612 Dr. ALEXANDRE GARNIER Praticien hospitalier 120 Bd. Pasteur Châlons-en-Champagne 51100 France |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourgeisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 03/07/19 | 13-1.1, 00 |



ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

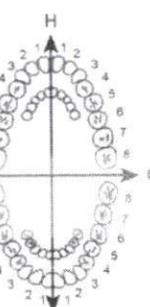
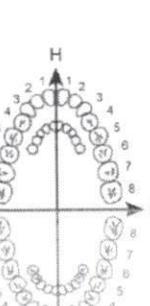
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
|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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|--|---|--|-------------|--|
|  | | | | COEFFICIENT 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | B | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

Dr. Abdelmoumene SAMIR

Médecine Générale

Diplôme d'Echographie

Expert assermenté

122, Bd. Dakhla, Jamila 5

Cité Jemaa - Casablanca

Tél.: 05 22 37 59 00

الدكتور عبد المؤمن سمير

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

خبير محلف لدى المحاكم

122 ، شارع الداخلة جميلة 5

قرية الجماعة - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 37 59 00

Le : 03/07/19.

Mr Khalid SAHBNI



7/02/2023/4/04/14-1



437.00 x 3

Janumet



7/02/2023/4/04/14-1



1 x 2 = 437 3 m's

الدكتور سمير عبد المؤمن
الطب العام - خبير محلف
شارع الداخلة جميلة 5
122، قرية الجماعة - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 37 59 00