

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Matricule : 9401 BENZNAJ Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENZNAJ OTHMANE

Date de naissance : 22 - 01 - 1971

Adresse : OULFA - CASA

Tél. 06 61 23 63 83 Total des frais engagés : 260,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-449462

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de fin de :

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXII JAIBES MEDICALUX

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

VOLET ADHERENT

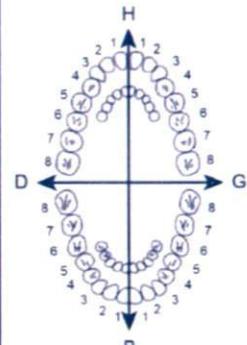
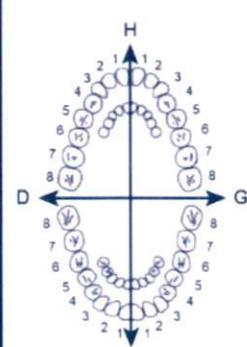
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []											
				MONTANTS DES SOINS []											
				DEBUT D'EXECUTION []											
				FIN D'EXECUTION []											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Docteur Abdelghani IDELCADI

CHIRURGIE PEDIATRIQUE



الدكتور عبد الغني إد القاضي
جراحة الأطفال و الرضيع

Ancien Chirurgien à l'hôpital d'enfant Ibn Rochd (CHU Averoes)

Chirurgie Osseuse, Digestive, Urologique, Plastique

Thoracique, Circoncisions

جراح سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد للأطفال

جراحة العظام و المفاصل. البطن. المسالك البولية

الصدر. التجميل. الختان

07/03/2020

Agadir, le أكادير في

Nom & prénom : benznad zyad

- T.P

- T.C.K

- N.F.S

Dr. Abdelghani IDELCADI
Bd. Hassan II - Imm ASSOUILIL
Tél : 05.28.82.83.28

شارع الحسن الثاني عمارة أسوليل الطابق الأول - الهاتف: 05.28.82.83.28 - أكادير
Bd Hassan II - Imm ASSOUILIL 1er Etage - Tél.: 05.28.82.83.28 - AGADIR

Dossier créé le : 07/03/20
Edité le : 07/03/20
Prélèvement effectué à 11:09

Bébé. BENZNAD ZYAD
Dossier N° : 20C1C6
Docteur ABDELGHANI IDELCADI

Page : 2/2

Compte rendu d'analyses

GROUPAGE

Groupe ----- : **O**
Rhésus ----- : **Positif.**

HEMOSTASE

Normales

Temps de Quick (TQ)

Témoin ----- :	13,0	sec
Patient ----- :	13,0	sec
Taux de prothrombine (TP) ----- :	100,0	%
I.N.R. (International Normalized Ratio) ----- :	1,00	

Normales

Temps de céphaline kaolin (TCK)

Témoin ----- :	30	sec
Patient ----- :	32	sec

30 - 40

LABORATOIRE ABOUZAID
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. ABOUZAID Youssef
Pharmacien Biogiste
Tél: 05 28 84 25 00 / FAX: 05 28 82 01 20

LABORATOIRE DOCTEUR ABOUZAID D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Youssef ABOUZAID
PHARMACIEN BIOLOGISTE

Avenue Hassan II - Immeuble IFRANE 2
AGADIR - Tél: 05 28 84 25 26 - Fax.: 05 28 82 01 20

ICE : 001595981000084

Identifiant fiscal : 40144105

CNSS : 8322258

Patente : 48125701

INPE : 043060656

AGADIR le 7 mars 2020

Bébé. BENZNAD ZYAD

FACTURE N°	146746
------------	--------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Groupe sanguin -----	B	60	
Taux de Prothrombine (TP + INR) -----	B	40	
Temps de céphaline kaolin -----	B	40	Total : B 220

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER	260,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Soixante Dirhams

ABORATOIRE DR. ABOUZAID
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. ABOUZAID Youssef
Pharmacien Biologiste
tél: 05 28 84 25 26 / fax: 05 28 82 01 20