

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Éducation :

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 à caractère personnel.

N° P19- 060389

Optique 44073 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3690

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN YAHOU KHALID

Date de naissance :

24/08/1954

Adresse :

habituelle Khalid.bendahou@orange.com

Tél. : 0657569966.

Total des frais engagés : 700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur PIKRI Abdellah
Pneumologue
355, Boulevard Zéïd El Gacem
Casablanca
Tél. : 22 29 91 79/80

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

BENDAHHOU KHALID Age: 66 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Conjoint

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 : Paris

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/08/2020

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
8/09/2020	2		6	<i>[Handwritten signature over a circular stamp]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Circular stamp]</i>	08/09/2020	B = 7.00	7.00 DHS

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

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
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G B	DATE DU DEVIS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur FIKRI Abdelghani

الدكتور فكري عبد الغني

Diplômé d'Etudes Spéciales
de Pneumophysiologie (PARIS)

اختصاصي في أمراض
الجهاز التنفسى
كلية الطب بباريس

Certificat d'Endoscopie Bronchique

مختص بفحص القصبات الرئوية بالمجواف

Membre de la Société de
Pneumologie de Langue Française

عضو بالجمعية الفرنسية المتخصصة
بالجهاز التنفسى وأمراض الرئة

Casablanca, le ٨ . ٩ . ٢٠

Dr BENGIBTOU Khelid

Tach Covid 19

PMR + pneumologie.

Dr FIKRI Abdelghani
Pneumologue
355, Boulevard Ziraoui Casab
Tél. 05 22 29.91.79/30





LIAB

المختبر الدولي للتحاليلات الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Casablanca le, 08-09-2020

FACTURE N° 000141712

Nom, Prénom du patient : Mr Khalid BENDAHOU

Date de l'examen : 08-09-2020

Type d'examen : Examen biologique

Demande N° : 2009080617

Médecin demandeur :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Test de dépistage E-Gene et de confirmation de Coronavirus-RdRP-Gene	-	HN

Total des BHN : 700

Montant total en chiffre : 700DHS

Montant Total en lettres : sept cents dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction conformément à l'article 91–VI–1° du Code Général des Impôts.



101, Boulevard Abdelmoumen, Casablanca – Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; Fax : +212(0)5 22 26 22 09

E-mail : contact@liab.ma -site Web : www.liab.co.ma

IF : 40432071 ; CNSS : 8844103 ; Patente : 34720627 ; N°ICE : 001663876000025 ; INPE Biogiste : 107159782 ;

INPE laboratoire : 093060846

Banque : attijariwafa bank, Agence ABDELMOUMEN , R.I.B : 007 780 0002385000302818 20