

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.

N° W19-528085/9306

ND: 46764

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 9306	Société : RAM	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : BENNIS MOHAMED		
Date de naissance : 02/07/72		
Adresse : 7, Rue NASSER EDDINE 24 NOV. 2020		
Tél. : 0662386622	Total des frais engagés:	300 Dhs

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
DR. KADIR BEN YOUSSEF EL FATMI		
I _____		
ORL CHIRURGIEN DENTISTE Faciale		
Chirurgie Plastique - Réparation de la Face		
Anesthésie - Radiologie - Radiodermie		
Anesthésie - Radiologie - Radiodermie		
Date : 20 OCT 2020		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : BENNIS Mohamed Age: 48		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Affection ORL	
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 : *casablanca* **Le :** *26/10/2020*
Signature de l'adhérent(e) : *15 NOV. 2020*

VOLET ADHERENT		
Déclaration de maladie		
N° W19-528085		
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.		
Coupon à conserver par l'adhérent(e).		
Matricule :	9306	
Nom de l'adhérent(e) :	BENNIS	
Total des frais engagés :	300	
Date de dépôt :	26/10/20	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
20 OCT 2020		3	300 dh	INP : [Signature] Dr KADIR EL FATMI Professeur de Médecine Faciale

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

VIOLET ADHERENT

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

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"/>																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></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 colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																						
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>																						
B																						
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

Docteur KADIRI Mohamed EL FATMI

الدكتور القادري محمد الفاطمي

Professeur

Ancien Chef de Service
ORL - Chirurgie Maxillo-Faciale
Chirurgie Plastique et Reconstructrice de la Face

Ex. Enseignant à la Faculté
de Médecine de Casablanca
Ancien Directeur du Diplôme
Universitaire du ronflement
Diplômé de l'Université de Bordeaux

أستاذ

رئيس مصلحة سابقا
أمراض الأنف و الأذن و الحنجرة
جراحة الفك و الجراحة التقويمية للوجه
أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا
مدير سابق لدبلوم الشخير
دبلوم من جامعة بوردو

Casablanca, le

20/10/20

الدار البيضاء في :

CONSULTATION PRE ANESTHESIE

Mr le Dr. BENNIS

Cher ami,

Merci de bien vouloir examiner,

Mr-Mme -Enfant

Pour une consultation pré anesthésique.

Je dois l'opérer de

Antécédents

Avec mes amitiés

Corps étranger
جثة أجنبية



Casablanca, le _____

Prière d'hospitaliser

Mr. Mme. Enf. _____

Le 21/10/2020 à 21:15 heures à jeûn

Diagnostic

Corps étranger dans l'œsophage
(pilier pour phonation)

Prise en charge

Mutuelle Assurance

MURAS

Nombre de jours d'hospitalisation Prévus

Préparation à l'entrée

Médecin traitant

Dr. KADIRI EL FATMI
Professeur
ORL - Chirurgie Maxillo-Faciale
Chirurgie Plastique et Reconstructrice de la Face
Anfa 8d, Abdelmoumen et 9d, Aneur Rés, Mawrid IV
Tél : 05 22 23 30 27 / 05 22 23 33 63