

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 :

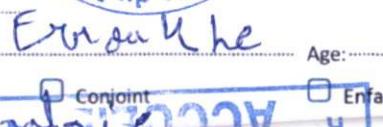
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

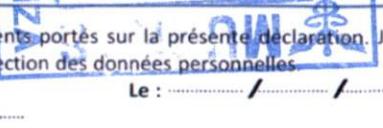
Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5056		Société : 136257	
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) ERROUKHI		<input type="checkbox"/> Autre FATIMA	
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 066389617			
Total des frais engagés _____ Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Fatima Erroukhi			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Lom gal			
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 : _____			
Signature de l'adhérent : _____			
Le : _____ / _____ / _____			




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
27/10/22				<i>DR BOUSTANE</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ARMERIA DU KHALIFA Dr. BOUSTANE ZAKIA Bleu L - N°8 Dar Lamane Hay Mohammadi Casablanca Tel: 05 22 89 80 71</i>	27/10/22	7670

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
G	35533411	11433553												
B														
		DATE DU DEVIS												
		DATE DE L'EXECUTION												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
Centre Hospitalier Préfectoral
Ain Sebaâ - Hay Mohammadi
Hôpital Mohammed V
Casablanca

Quittance

Reçu de M

La somme de

N° 642061

B

NATURE DE LA RECETTE	Ex	SOMME
a		
Total		

Cachet du Service

Le 202

Signature du
Régisseur

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
Région Casablanca_Settat
Province Ain Sebaa-Hay Mohammadi
Hôpital Provincial
Mohamed V



المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
جهة الدار البيضاء سطات
إقليم عن السبع الحسي المحمد
المستشفى الأليمي
مستشفى محمد الخامس

FACTURE CONSULTATION

Code ANAM : 090005299 N° Compte Courant : 2140

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE AIN SEBAA-HAY MOHAMMADI

N°Facture : 81348

Identification

Index Patient : 14112003-01-434926

Nom et Prénom : ERROUKH FATIMA

CIN :

Adresse : HM

N° Consultation : 84801

Médecin :

Sur prescription du : Dr. MOUHTASSIM
TAOUFIK

Spécialité: MÉDECINE GÉNÉRALE

Type de consultation : CONSULTATION
MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Débiteur

PAYANT

FACTURE IMPAYÉ

Date :

Date de prise de rendez vous :

Date de consultation : 27/10/2022 14:59:17

Montant Consultation : 40.00DH

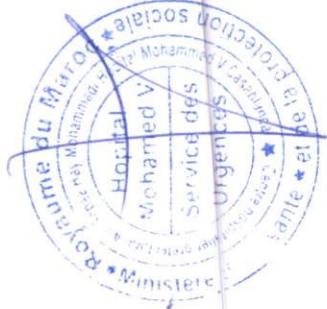
ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : QUARANTE DIRHAM(S)

27/10/2022 14:59:17

Facture Etablie Par Personnel N° : 103

Signature du responsable :

Khalid Boussetta
- Diclo inj



311 - Diclo 30 mg
1 cap 2 j/3 folt 5 j

453 - Ventoline spray
2 bouffées x 2 / J

FGMO

