

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

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.

M23-013240

196632

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>7205</u>	Société : <u>R-A-M</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
<input checked="" type="checkbox"/> Autre : <u>Retraite</u>	
Nom & Prénom : <u>NAJEM FAIS</u>	
Date de naissance : <u>16-05-1957</u>	
Adresse : <u>Hay Tissir Et Rue Nazik Al</u>	
<u>MALAKA 1443 BARRACHIS</u>	
Tél. : <u>06.11.53.64.62</u>	Total des frais engagés : <u>7.200.000 Dhs</u>

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	 Dr HAFIANE Animateur-Anesthésiste Sidi Maârouf Téléphone : 05 22 58 96 96 Fax : 05 22 33 51 90		
Date de consultation : <u>23/01/2021</u>	Age: <u>67ans</u>		
Nom et prénom du malade : <u>NAJEM FAIS</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <u>Deux Respiratoire sur BPCO Sévère</u>			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie :			
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 : 25-01-2021 Le : 25-01-2021

Signature de l'adhérent(e) : NAJEM FAIS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Raisonnement du patient	Montant détaillé des honoraires	Cachet et signature attestant la facture
23/11/2014	CJ	Clinique Panorama Tél : 05 22 58 96 93 Fax : 05 22 33 52 90	Sida A. Jarouf Liste	Clinique Panorama Dr. M. Jarouf Réanimateur Tél : 05 22 33 52 90

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 Praticien	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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Panorama Sidi Maarouf
مصحة بانوراما سيدى معروف

Casablanca, le..... 23/01/24

NATURY SMD

~~1200 dh~~

VIA SERVICES
Tel : 05 22 32 41 24
viaservices@gmail.com

d'hygiene =

0.6% j/min

Dr. HAFIANE Reda

Réanimateur-Anesthésiste

Clinique Panorama Sidi Maarouf

Tél : 05 22 58 96 96

Fax : 05 22 33 51 90

Bd. Abou bakr Kadiri (Prs. rond point Al Moustakbal) Sidi Maarouf - Casablanca
Tél. : 05 22 58 96 96 - Fax : 05 22 33 51 90 E-mail : direction@clinique-panorama.ma
Site web : www.clinique-panorama.ma

VIA SERVICES SARL AU

Code: CDC
CLIENT COMPTOIR
 Mr NAJEM SAID

BERRECHID

FACTURE

Facture n°	Date	Mode paiement	Réf bon de livraison				
Code article	Désignation		Qté	PU TTC	%R	TVA	Montant TTC
202400096	09/02/2024		1	7 200.00	0.00	20	7 200.00
14254	CONCENTRATEUR D'OXYGENE DEBIT 5 LITRE / MINUTE						
Total HT	Total TVA	Total TTC					Net à payer
6 000.00	1 200.00	7 200.00					7 200.00

1 / 1

RC: 12353 BERRECHID PATENTE : 43100367 I.F. : 31871681 CNSS : 1168167 ICE: 002180756000043

SARL AU CAPITAL : 100 000.00 DH SIEGE SOCIAL : 50 ANGLE RUE OUED MALOUIYA BERRECHID
 TEL: 0522 32 47 24 FAX : 0522 53 31 41 MOBILE 0661 477383

VIA SERVICES SARL AU

Code: CDC
CLIENT COMPTOIR
Mr NAJEM SAID

DEVIS

BERRECHID

Devis n°	Date	Mode paiement	Réf. client				
Code article	Désignation		Qté	PU TTC	%R	TVA	Montant TTC
14254	CONCENTRATEUR D'OXYGENE DEBIT 5 LITRE / MINUTE		1	7 200.00	0.00	20	7 200.00
Total HT	Total TVA	Total TTC				Net à payer	
6 000.00	1 200.00	7 200.00				7 200.00	

VIA SERVICES
Tel : 05 22 32 47 24
viaservicess@gmail.com