

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.

Biologie 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.

Education :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1381

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Khamlich Mohamed

Date de naissance :

01-01-1951

Adresse : RES Alazhar 1MM 11 NR 10 TR 711 Bernoussi Casa

Tél. : 06 02 154 142 Total des frais engagés : 2316,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/06/2012

Nom et prénom du malade : Faraci Fatima Age : 29 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Hypothyroïdie

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 : Casa

Le : 01/07/2010

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/06/2020 | KL | | 150,00 | Dr. Hayat DAHAN Endocrinologie et Métaboliques INPE: 091187708 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie Centre El Mallahidie MORJANE Mounia | 10/06/2020 | 1166,50 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 canalaire, ainsi que le bilan de

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

وصفة
ORDONNANCE

le ٢٠١٥/١٢/٢٠

n° Fairia Fatima

1) Dizuicin 30 g p

89,00 → p 1g

54,30 → p 1g

(434,10 x 2) → p 1g

2) Levostyrene 150 mg

(24,40 x 5) → p 1g

2) Levostyrene 50 mg

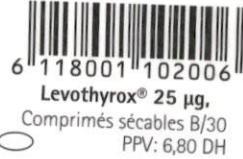
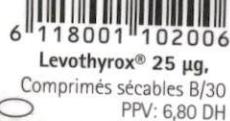
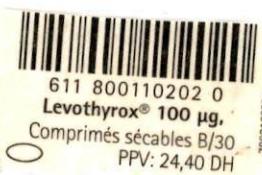
(6,80 x 4) → p 1g.

T.S 1166,50

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca
Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45
Fax : 05.22.73.15.72

Hayat AHANDAR
Endocrinologie et Maladies
Infectieuses
INPFE: 091.87.708

54,30
«



89,00



N° IPP : 404020 N° SEJOUR : 200017364

FACTURE N° 2002007418

DATE D'ENTREE : 10/06/2020 DATE DE SORTIE : 10/06/2020

ASSURE :

MALADE : FARICI,Fatima

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

FARICI,Fatima

| NATURE DE PRESTATION | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | |
|-----------------------------|---------------|------------------|------------------|--------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|
| | | | | | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT |
| CONSULTATION DE MEDECIN | | | | | | | | | | |
| CONSULTATION DE SPECIALISTE | Cs | 1.00 | 150.00 | 150.00 | | | | | 0.00 | 150.00 |

| | | | | | | | | | | |
|--|----------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--------|
| Intervenant : 100093 DR. AHANDAR HAYAT | TOTAUX : | 150.00 | | | | | | | | 150.00 |
|--|----------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--------|

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DHS

| | | | | | | |
|--------------|------|--------|--------|--|----------|--|
| PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE: | |
| REMISE : | 0.00 | REGLE: | 150.00 | | AVOIR : | |
| RESTE DU: | 0.00 | | | | | |

DATE FACTURE : 10/06/2020 EDITEE LE : 10/06/2020 PAR: FAZAZI

| | |
|---|----------|
| ACCIDENT DE TRAVAIL: | DATE AT: |
| N° DE POLICE : | |
| Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI BANQUE : BMCE - BERNOUSSI N° compte bancaire : 01178000049210006006888 | |

VISA