

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.

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 canalaire, 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 canalaire.

Défiance 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

35 360

Déclaration de Maladie : N° P19-0008730

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2005

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AGOLIMI EL mafafe

Date de naissance : 11/03/1951

Adresse :

Albiuelle

Tél. : 06 66 962 276 Total des frais engagés : 486,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 2020

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : pds fns biopne

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

Signature de l'adhérent(e) : Mafafe

Le : 07/05/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07.05.2010 | | | 250,000.00 |  Dr. OASIS Bouabid |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  STE PHARMACIE HANZA CAP HANCA Lott. Hajjateli Rue 6 N° 3 Lot 1A Hanca - Tel: 0522 93 19 28 | 14/05/20 | 236,30 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 l'OD.

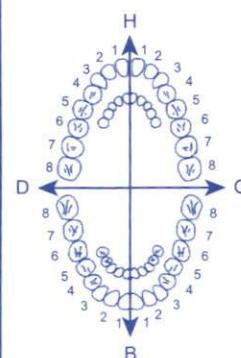
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]



VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



Casablanca, le

14/08/2010

Mr Lekemaiti Moulou

- un alfa 0.25 g

1 p. 91

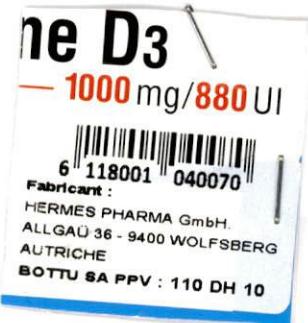


6 118001 200757

PPV: 74 DH 60

- calcium 500 mg

1 p. 1



6 118001 040070

Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH,
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 110 DH 10

د. *

Casablanca, le 14.05.2020

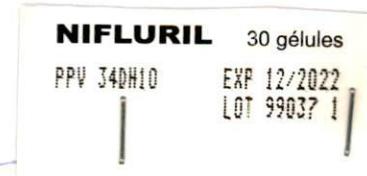
Fikmaiti Nezha

PPV 116DH40 LOT 9N022 4
EXP 12/2021



Floxam 170 SV
2 gél x 2/j ~ 8j

Nifluril
2 gél x 2/j + 60 SV



236.30

STE PHARMACIE HAMZA
Casablanca
Lots. Haj faten n° 6 n° 3 Lot. 64
Casablanca - Tel: 0522 99 10 28

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 07-05-2020

Facture N° 06008/20

A. Identification

N° Dossier : CJO20E07103633

Nom & Prénom : Mme LEKMAITI NEZHA

C.I.N : Q140640

Adresse : CASA

N° Identifiant : 026086/20

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 07-05-2020

Date Sortie : 07-05-2020

Médecin traitant : DR . DETSOULI MOSTAPHA

| Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total |
|----------------------|---------|------------------|------|--------|
| | 250,00 | | | 250,00 |
| | | Total Rubrique : | | 250,00 |
| | | | | 250,00 |
| | | | | 0,00 |
| TOTAL GENERAL | | | | 250,00 |

PARTIE CLINIQUE :

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

Arrête la présente facture à la somme de :

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Cachet et Signature

13, AV. YUE JERRADA DADIS
Oasis - Casablanca
Tél : 05 22 23 81 81 (7)
Fax : 05 22 23 81 82

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOM DU PATIENT : Mme LEKMAITI NEZHA
DATE DE NAISSANCE : 10/04/1969
CJO20E07103633



Reçu N°: 43408

Paiement du 07/05/2020 11h00

Actes

Montant

250,00 Dh

Type de paiement

Espèce