

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° W19-507933

ND: 35540

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12691	Société : Royal Air Maroc		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Khalifi Mohamed Ares			
Date de naissance : 29/04/87			
Adresse : Appart 119 Rés Jardim Dr Raki 1, G6, entrée 12, Oujda			
Tél. : 0661198396 Total des frais engagés : 1490,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
12/07/2020			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Rhininite allergique			
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**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **06/07/2020**

VOLET ADHÉRENT

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
26/07/2016	186	120000		INP : 123456789 Hôpital Universitaire

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	
06.07.2020	26/07/20				

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

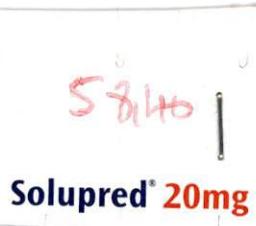
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

06/07/2020.

KHAIFI Yes Anas.

58,40

- Solupred 20mg S.V. effeet↓.



3cp Pe mal de fer le los.

PHARMACIE NASRI
Dr. Rachid NASRI
15bis, Bloc 2 Cité Communale
Hay Hassani-Casa
Tél 022 93 28 74

31,160

- AERius sus 4 S.V.

LOT : 079-3
PER : OCT 2021
PPV : 31 DH 60

90,00

- Sop le mal de fer le los.

Clinique YASMINE
Bd Sidi Abderrahmane
Tel : 05 22 39 69 60
Fax : 05 22 39 71 19
INPE : 090004029

Dokta RAFAIT
PHARMACISTE

شارع سيدى عبد الرحمن، زاوية زنقة سجل ماسة، حي الهناء، الدار البيضاء، المغرب
Boulevard Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmassa, Hay El Hana, Casablanca - Maroc
(+212) 5 22 39 69 60 (+212) 5 22 39 71 19 @ contact@cliniqueyasmine.com

Membre du
réseau de
cliniques



Oncorad
Groupe

Casablanca Le : 06/07/2020

Facture N° 2712/20

Etablie par FATIHA ACCEUIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X0G062505

N° Identifiant : 20071776/20

Nom & Prénom : KHALFI MOHAMED

C.I.N. :

Date Début : 06/07/2020

Date 06/07/2020

Adresse :

Traitemet : Consultation

Médecin : RAFAI LATIFA

Prestations

Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-----	---------	------	------	---------

SEJOUR

Frais clinique

1	160,50			160,50
---	--------	--	--	--------

Total Rubrique : 160,50

CONSOMMABLE MEDICAL

Consommables médicaux

1	4,50			4,50
---	------	--	--	------

Total Rubrique : 4,50

PHARMACIE

Pharmacie

1	35,00			35,00
---	-------	--	--	-------

Total Rubrique : 35,00

PARTIE CLINIQUE :

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. RAFAI LATIFA(MEDECIN SPECIALISTE)

1	200,00			200,00
---	--------	--	--	--------

Total Rubrique : 200,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

TOTAL FACTURE				400,00
----------------------	--	--	--	--------

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Quatre cents Dirhams

CLINIQUE YASMINE
Bd. Sidi Abderrahmane
Tél : 05 22 39 69 60
Fax : 05 22 39 71 19
INPE : 09 00 04 29

Cachet et signature