

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, interventions 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.

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 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.

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

N° P19- 0037399

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1384

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Khamlichi mohamed

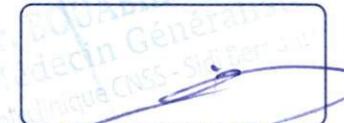
Date de naissance : 01-01-51

Adresse : Alazhar Tranche 7/2 imm 14 Apt 10
Bouanassi

Tél. : 06.02.15.41.42 Total des frais engagés : 289,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/20/20

Nom et prénom du malade : Khamlichi mohamed Age : 58

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cyste - entente amygdo

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 : Casab

Le : 05/08/20

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
27.07.69	209,30	Montant de la facture 209,30 Montant de la facture 209,30

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 canalaires, ainsi que le

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE

le 22/7/12.

Chomlich altnane

3810

1) altnane 1/2 cl 3

29,00

2) Nomel



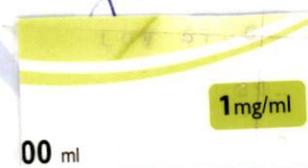
38,10

84,00

ppp) 3 fl. (1/4 mg/ml)

3) Fitabins appetit.

1 fl. 2 fl.



29,00

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

PHARMACIE BOUABID
Montaq RHALEM
Diplôme de Strasbourg France
BLOC 113 N°1 Sidi Bernoussi
Tél: 022.73.15.17



6) metrogal 610ml

S.P.

1me + 2f. 12-1

1280

1) Dolcyp 30mg

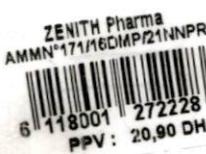
S.P.

1me + 3f. 6.1707, 38,1

2090 120,00

6) Vitamine D₃ 100.000 UI

Dr. BOUJED



209,30



N° IPP : 537469	N° SEJOUR : 200023286	FACTURE N° 2005006089				DATE D'ENTREE : 27/07/2020		DATE DE SORTIE : 27/07/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		KHAMLICHI,Othmane		
MALADE : KHAMLICHI,Othmane		UF: 5002 URGENCES								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
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	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
CONSULTATION DE GENERALISTE										

Intervenant : 100088 DR. BOUABID MOUNIR	TOTAUX :	80.00							80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	QUATRE-VINGT DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
		RESTE DU:	80.00						
DATE FACTURE : 27/07/2020	EDITEE LE : 27/07/2020	PAR: MOSTAR	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL:</u>						
VISA			N° DE POLICE :			DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :			POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI			
			BANQUE :			BMCE - BERNOUSSI			
			N° compte bancaire :			01178000049210006006888			

