

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.

N° W19-553911

ND: 38504

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10291

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAOUR BOUZAFA

Date de naissance :

Hay Ismaïla BC My no 7

Adresse :

Télé. : _____

Total des frais engagés : 1131,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

El Ouat Archa

Age:

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

ADP m'dies kafes

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

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL 03 SEP. 2020

MUPRAS

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
01/09/20 Cg				INP : AB09M4386 M. RENTEL, Professeur A. pneumophtalmo Alger

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	jan-07-2021	78 (70)

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	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			
	H	25533412 00000000	G	21433552 00000000
	D	00000000 35533411	B	00000000 11433553
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

Casablanca, le

01-09-2020

Mme El Oualitcha

x3

200.00

Ty

Serek de

280

Disques

Clinique
Boulevard Ifni
Casablanca Aïn
Borja

1 prise

x 2

Banane PENJELLOU
Professeur Agrégé
Myco-pharmacologue
Asthmologue

41.70

21

Erles ep

1 ep le soleil pdt 18 J.

785.80



GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248,00 DH

ID : 644221



6 118001 141104

PPV
LOT
PER

41,80



6 118000 180869



6 118000 180869

Erhus 5 mg

15 Comprimés Poudre

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248,00 DH

ID : 644221



6 118001 141104

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248,00 DH

ID : 644221



6 118001 141104

CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA



090062894

CASABLANCA Le : 01-09-2020

Facture N° 09335/20

A. Identification

N° Dossier : CAB20I01125527

N° Identifiant : 021123/20

Nom & Prénom : Mme EL OUAFI AICHA

C.I.N : BH159614

Adresse : RES KHAWLA IMM 8 NR 222 ETG 2

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : EL OUAFI AICHA

Médecin traitant : DR . BENJELLOUN HANANE

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 01-09-2020

Date Sortie : 01-09-2020

Traitement : CONSULTATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
	PRESTATIONS					350,00
1	CONSULTATION		350,00			350,00
					Total Rubrique :	350,00
						350,00
	PARTIE CLINIQUE :					0,00
	PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :					
	Arrêté la présente facture à la somme de :			TOTAL GENERAL		350,00

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

Cachet et Signature

Clinique Aïn Borja
 25, Boulevard Aïn Borja
 Casablanca
 Tel: 05 22 41 63 63
 Fax: 05 22 24 66 24

CLINIQUE CASABLANCA AÏN BORJA

**PATIENT : Mme EL
OUAFI AICHA**

**N° DOS :
CAB20I01125527
Sejour : Du
01/09/2020 au
01/09/2020
MT : Dr.
BENJELLOOUN
HANANE**



Reçu N°: 40947

Paiement du 01/09/2020 13h37

Actes

Montant

350,00 Dh

Type de paiement

ESPECE