

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

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.

taire :

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.

ladie 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3510

Société : RAM

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUSSIT

Mohammed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 539,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23 / 06 / 2020

Nom et prénom du malade : MOUSSIT FATHINE

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : S Polyarthrite / Athéroscl

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 :

Le : / /

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
19/06/20	S		400,-	Dr. NAIJ TARIK Spécialiste en Médecine Interne Maladies de Système - Maladies Infectieuses Pathologie Tropicale - Rhumatologie Dr NAIJ TARIK Spécialiste en Médecine Interne - Maladies Infectieuses - Pathologie Tropicale
23/06/20	S		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LARAKI ANGLE BOUGAINVILLE MANSOUR 860806	23/6/2020	139,50

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 bilan d

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
.....

[Création, remont, adjonction]

Casablanca le : 23/05/2020

نوبات فتح

\Rightarrow AUGMENTIN 1G Salt
126.30 1 - 0 - 1



\Rightarrow CEFALU 1G SP
13.20 1 - 0 - 1



139,50

PHARMACIE OULMES
LARAKI HAKIMA
ANGLE BO GHANDI ET
Y EL MANSOUR 360806

DR. NAJI Tarik
Spécialiste en Médecine Interne
Maladies de Système - Maladies Infectieuses
Pathologie vasculaire - Rhumatologie



AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN 1g /125 n
sache

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناولون من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 126,30 DH

LOT: 640236

PER: 09/21



CETAMYL 1000 mg
Paracetamol
Boîte de 10 comprimés P.P.V.: 13,20 DH



6

118000191438

100x45x20



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le : 19/06/2020

Facture N° 2444/20

Etablie par AMINA ACCEUIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X0F192294

N° Identifiant : 17106494/17

Nom & Prénom : MOUBSIT FATINE

C.I.NBK618631

Date Début :

19/06/2020

Date 19/06/2020

Adresse : RES DU PALAIS IMM L NR 2 RUE EL YASSMINE HAT

RAHA

Traitement : Consultation

Médecin : NAJI TARIK

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

SEJOUR

Frais clinique	1	50,00			50,00
----------------	---	-------	--	--	-------

Total Rubrique :

50,00

PARTIE CLINIQUE :

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. NAJI TARIK(MEDECIN INTERNE)	1	350,00			350,00
---------------------------------	---	--------	--	--	--------

Total Rubrique :

350,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

TOTAL FACTURE

400,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Quatre cents Dirhams

Cachet et signature

090004029
19/06/2020
Bd. Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmasa, Hay El Hana, Casablanca - Maroc
(+212) 5 22 39 69 60 (+212) 5 22 39 71 19
CLINIQUE YASMINE