

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

Médecine 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

48283

Déclaration de Maladie : N° P19-0001098

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 773

Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AZET MOHAMED Date de naissance : 1947

Adresse :

Tél. : 06.61.42.77.62 Total des frais engagés : 838,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/11/2020

Nom et prénom du malade : HAMIDAMI Age : 76 ans

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie :

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.



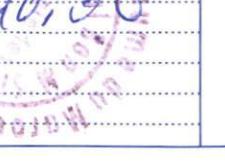
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 13/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

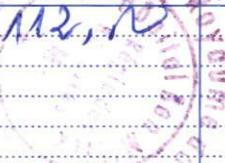
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/11/20	C		401,00	
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI BEN M'SIK MRS. L'AMIR AL-QURAN PHARMACIENNE 85, Bd. El Jadida Sidi Othmane Casablanca - Tel: 022 58 21 70	18/11/2020	686,60

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/11/2020	112,10	
			

AUXILIAIRES MEDICAUX

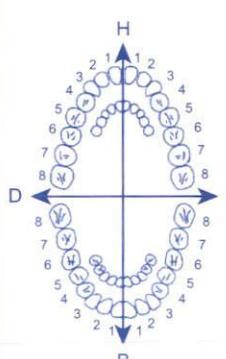
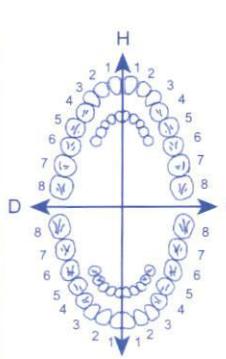
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	D 00000000 35533411	G B 11433553
				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				
				
				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



Casablanca, le : 18/11/2020

ORDONNANCE

Nom : HMIGANI

Prénom : Amina

HOPITAL PRÉFECTORAL DE BEN M'SIK
RÉGION DE CASABLANCA
86, Bd. El Youssouf, Sidi Othman
Casablanca - Tel. 022 38 21 70

1) Dinobispo

153,00 D - 0 - 1

2) Prasledine
188,00 D - 1 - 0 poitrine

3) Pracen gel

69,60

686,60

Cachet et Signature

Dr AGOUZ
Médecin
Hôpital

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

پیاسکلید

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

پیاسکلید

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

پیاسکلید

L.T. 00720
P.D.R. 00720
P.P.V. 00720
69,60

Di-INDO 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00 EXP/ 01/2022
LOT 900431



SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES

N° SAU : 45535

Date: 11 - 11 - 20

Nom et Prénom :

ANITA

Heure:

Cause de l'Urgence:

عاجل

- AVP
- Violence
- Imprudence
- Maladie
- Brûlures
- Accident de Travail
- Accouchement



Royaume du Maroc
 Ministère de la Santé
 Hôpital Préfectoral Ben M'sik

Reçu de M

AMINA

La somme de

quarante

Quittance

N° 225531

Cachet du Service

Le 18/11/2020

Signature du
 Régisseur

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
		<i>40,00</i>
<i>C</i>		
Total		<i>40,00</i>

Royaume du Maroc
 Ministère de la Santé
 Hôpital Préfectoral Ben M'sik

Reçu de M

AMINA

La somme de

cot d'asymptome

Quittance

N° 225532

Cachet du Service

Le 18/11/2020

Signature du
 Régisseur

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
<i>215</i>		<i>112,10</i>
Total		<i>112,10</i>

Cession	Consultation et Hospitalisation sans part médicale	Hospitalisation (avec part médicale)		Recettes Diverses
		Part de l'Etat	Part médicale	
				Total