

INFORMATIONS 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.

Education :

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.

Prothèse :

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.

Le 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

| | |
|------------------------------|-----------------------|
| Information | : contact@mupras.com |
| en charge | : pec@mupras.com |
| tion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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- 0043379

ND : 50373

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3343

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : FARZAVI

Johanned

Date de naissance : 1955

Adresse : 86 Le Corinthe Resi les jardins d'herz

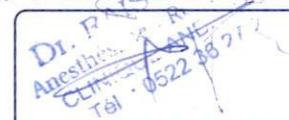
CASA ANFA

Tél. : 06 64 77 67 60

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 9/11/2020

18 DEC. 2020
Age:

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Infection urinaire

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 : Casablanca

Le : 9/11/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/11/2020 | | Colle | | Dr. RACHID YOUSSEF Anesthésiste Réanimateur CLINIQUE ANDALOUS Tel : 0522 26 21 21 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Signature | 09/11/2020 | 604 30 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

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 l'ODF.

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

Clinique Andalouss
 Clinique Andalouss affiliée au centre
 européen de Chirurgie endoscopique
 Vérité d'arc de Lyon
 Dr. RAIS YOUSSEF
 Anesthésiste
 CLINIQUE ANDALOUSS
 Tél : 0522 26 26 26



مصحة متواصة بالمركز
 الاوربي للجراحة الاندوسكوبية
 جان دارك بليون

FAR 7007

Mohamed

09/11/2020

1^{er} 196,50
 1^{er} Scilcon 500 mg q

(P)

2nd 801 - 1 - 1 x 05j

2nd Nabyca forte 120 mg

S.I.

183,100 - 1 - 1.

3rd FLEX-DONIC
 1 - 0 - 0.

S.V.

PHARMACIE CLINIQUE ANDALOUSS
 19, Av. Driss SLAOUI - Casablanca - Tél. : 0522 39 79 41
 L. 40800241 - ICE : 0181 04100034

Dr. RAIS YOUSSEF
 Anesthésiste Réanimateur
 CLINIQUE ANDALOUSS
 Tél : 0522 26 26 26

60h 30

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

شارع ادريس السلاوي (شارع سيفا) - انفا - الدار البيضاء - المfax : 05 22 39 39 43 - Tel. 05 22 36 27 27 (LG)

IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

P.P.C : 49,00 DH
LOT : CB00102
EXP : 05 / 2023

Lot:
DLC:
FTB05/20
05/2023
P.P.C : 183,00 DH

196,50
LOT : CB00102
PER : 07 / 2023
PPV : 196,50 DH