

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-471326 CA

Maladie

Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 83466

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : ABDYL JEDDOUZ

Autre :

Date de naissance : 22/10/1960

Adresse : 1 Rue de la Béchiria à la résidence de la

DACERLA

Télé. : 06133488815

Total des frais engagés : 600 Dhs

Optique

180111 Autres

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 brouillon 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-471326

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 83466

Nom de l'adhérent(e) : ABDYL JEDDOUZ

Total des frais engagés : 600 Dhs

Date de dépôt : 26/10/1960

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
09/01/2020			200 DH	
29/01/2020 à 15:17			600,00	INP 201903972 RENAGUIDA Centre de Santé - Réanimati clinique de l'ACARIAN

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 prothèse(s) ou de traitement canalaire, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

Casablanca, le 09/01/2008.

Prise AZMY Jamila :

179001) a 81 KEN LOS

Pharmacie Lahjajma

Avenue ZEMMAMA Nadia
Avenue du Phare - Résidence Taghzout
Casablanca - Tél.: 05 22 29 35 64

1kg x 21

PSK 81

Pharmacie Lahjajma
Avenue ZEMMAMA Nadia
Avenue du Phare - Résidence Taghzout
Casablanca - Tél.: 05 22 29 35 64

39,90

SV

LOT	19008
PER	0 OCT 21
PPV	39 DH 90

39,90

Exomuc 5%

70,90

Profenid

PROFENID 100 MG
30 CP PEL
P.P.V.: 70DH90
REF: 042022
LOT: 991017
6 1180001060802

1kg x 21 (0f)

du million 18 (0f)

280,80

M. BENAGUIDA
Professeur d'anesthésie - Réanimation
Clinique du Val d'Anfa
CASABLANCA

Pharmacie Lahjajma
Avenue ZEMMAMA Nadia
Avenue du Phare - Résidence Taghzout
Casablanca - Tél.: 05 22 29 35 64

Casablanca, le 09/01/2005

Mme AZAY Jamila :

1) Rx main gauche
F/P. entrée sur
le pouce et prenant
le poignet.

~~Pr. M. BENAGUIDA
Professeur d'Anesthésie Réanimation
Clinique du Val d'Anfa
CASABLANCA~~

CLINIQUE
DU VAL D'ANFA



مصحة
فال أنفا

Casablanca, le

05/01/2020

Mme Asmy Tamla

CLINIQUE DU VAL
19, Rue Franklin Re
CASABLANCA
Tél: 022.36.87.87 - 022.35
022.39.69.11-3
Fax: 022.36.87.87

300,00

Présentation

Pr. M BENAGUID
Professeur d'Anesthésie - Réanimation
Clinique du Val d'Anfa
CASABLANCA

CLINIQUE VAL D'ANFA

MULTIDISCIPLINAIRE
19 , Bd Franklin Roosevelt
Tél(212)522368787(LG) Fax(212)522391439

F A C T U R E

N° : **123 / 2020** du **09/01/2020**

Nom patient **AZMY JAMILA** Entrée **09/01/2020**
PAYANT Sortie **09/01/2020**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RADIO DE LA MAIN GAUCHE	1.00		300.00	300.00
<i>Sous-Total</i>				300.00
Total Clinique				300.00
PR M.BENAGUIDA/F.TAZI (reanimateur)	1.00	K	300.00	300.00
<i>Sous-Total</i>				300.00
Total Autres prestations				300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS

Total **600.00**

CLINIQUE VAL D'ANFA
19, Rue Franklin Roosevelt
CASABLANCA
Tél:022.39.07.77/22.39.60.77
Fax:022.39.03.37/22.39.60.77



REFERENCE :

200109006

DATE :

09/01/2020

PATIENT

AZMY JAMILA

MEDECIN TRAITANT

EXAMENS REALISES **RADIO MAIN GAUCHE F/P**

COMPTE RENDU

Absence de lésion traumatique osseuse visible.

Signé :

DR. H. BENGELLOUN

Dr H. BENGELLOUN
RADIOLOGIE
CVIA
19, Rue Franklin Roosevelt
CASABLANCA