

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.

Reéducation :

- 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W19-522930

AS
N° = 21926

CP

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 01646

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : MOU.NABIR FAI.T H.A

Date de naissance :

Adresse :

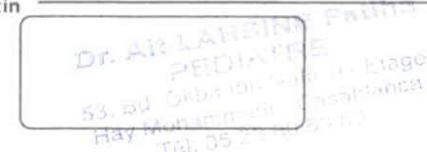
Tél. 06 62 12 80 63

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

AZZEHIZI SAAD

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Carynse

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.

17 FEV 2020

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 :

ACCUEIL SIEGE Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
12/02/2022	6e		250DH	INP : 001119167 Dr A LA PEDIRATION N° 20 Mohammed - Casablanca - 05 22 60 63 86

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHARM CHAMPIGNY 600 LOTS HABRA 2 AL AL 0000 AIN CHOUK - CHABLANCA 5965 10/06/2021 0218	Ref/Ord: 167,50 DHS	167,50 DHS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

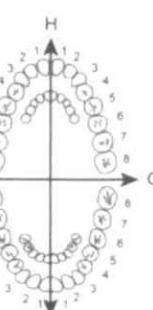
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
50.50 Oasis - U.S. 05/2022	12/10/2020	Nan Jactin c/o →				1150DH	

RELEVÉ 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				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
 <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				
				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



مصحة أطفال

CLINIQUE ATFAL

12/02/2020

Ente AZZEHRI Saad

48,50



1) Chtipal

3 cp 10 h mat apri p^o dig

49,00

5

2) Aprial mnp ch



40,00

5

3) Bruglare sing



1 cts x 3

5

= 167,50

PHARMACIE CHARM CHEIKH SAR
N° 600 LOTS HAMRA 2 AV AL OUD
AIN CHOCK - CAS BLANCA
TEL: 05 22 50 65 10 / 06 77 21 02 1

Lot:	190815
À consommer avant le:	12/2022
PPC: 79,00 DH	

Dr. AIT LAHDINE Amin
PEDIATRE
53, Bd. Okba Ibn Nafi, 1er Etage
En Face Maroc Telecom, Hay Alhamra
Casablanca - TEL: 05 22 50 65 10

PPV: 48DH50
PER: 11-22
LOT: I2617

40,00

CLINIQUE ATFAL SARL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : .022 23 50 28
IF 01087099

F A C T U R E

N° : **1267 / 2020** du **12/02/2020**

Nom patient **AZZEHIZI SAAD** Entrée **12/02/2020**
PAYANT Sortie **12/02/2020**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
NEBULISATION 1	1,00		300,00	300,00
FRAIS CLINIQUE	1,00		150,00	150,00
<i>Sous-Total</i>				450,00
Total Clinique				450,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	450,00

CLINIQUE PEDIATRIQUE
50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél: 022 23 18 18 - Fax: 022 23 50 28

مصحة أطفال

CLINIQUE ATFAL

Note d'honoraires

Nom et prénom AZZEHIZI SAAD

Diagnostic

Intervention

Cotation

Honoraires

Ch

250DH

Casablanca, le

12/02/2020

Signé

Dr. AIT LAHINE FETHA
PEDIATRE
53, Bd Okba Ibn Nafî 1er Etage
Hay Mohanmadi - Casablanca
Tél: 05 22 60 63 60

50, Bd. Abderrahim Bouabid (ex. Djerada) - Oasis - Casablanca

© 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028

E-mail : atfalclinique@gmail.com