

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 canalaire, 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 canalaire.

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 caractéristiques personnelles.

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



MDP = 23179

Déclaration de Maladie : N° P19-0016216

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1938 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SLADUI HAYAT Date de naissance : 01/01/1948
Adresse : 2, Rue 23018 Hay ESSAHAD CHA
Tél. : 0666261097 Total des frais engagés : Dhs

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 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) :

Lay

RELEVÉ 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
12/11/10	10	10	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12.01.10	10	104.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

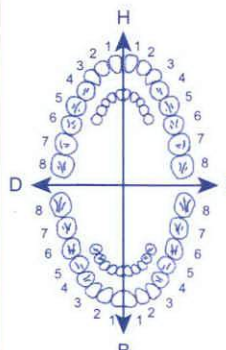
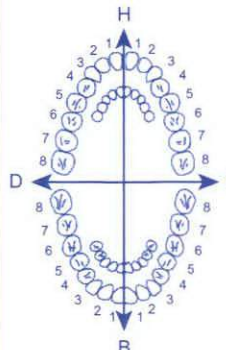
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</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">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصلحة التخصصات الشفاء
Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Laheem El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail: Cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le :

12/04/2020

N° Foyer SCA001

NFS

LOURAK Mohamed
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
Diplômé de l'Université de France
853 Avenue Méd. V. Casablanca
Tél: 0522 834 834 - GSM: 06 4 028 068

LABORATOIRE
CLINIQUE DES SPECIALITES
ACHIFAA



مصلحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

F A C T U R E

N° 202 000 962 / 2020 du 12/02/2020

Nom patient	SLAOUI HAYAT	Entrée 12/02/2020	Sortie 12/02/2020
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION	1,00	C1	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00
,,, LABO ACHIFAA (laboratoire)	1,00		104,00	104,00
			Sous-Total	104,00
Total prestations externes				104,00

	Total général	404,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT QUATRE DIRHAMS		

Encaissements	Espèces 404,00				Total encaissé 404,00	Solde 0,00
---------------	-------------------	--	--	--	--------------------------	---------------

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier
Tél.: 05 22 85 92 20 - 05 22 86 22 23
Soc Mutuelle

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc
Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - URGENCES 24/24 مستعجلات
E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196
I.F. : 40158488 - CNSS : 7724223 - Patente N° : 37908413 - ICE : 001743751000001



FACTURE BILAN SANGUIN

REFERENCE : AH NOM DU PATIENT : SALAOUI HAYAT
ANALYSES DU : 12/02/2020 PRESCRIT PAR : REANIMATEUR
NUMERO DOSSER : EXTERNE PAY LACISSE

DESIGNATION DES ACTES	COTATION
NFS	B80

TOTAL B (B=1,30)	B80
MONTANT A PAYER	104,00

ICE : 001743751000002

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Cent Quatre Dirhams.

LABORATOIRE
CLINIQUE DES SPECIALITES
ACHIFAA

Nom : SLAOUI HAYAT
 Commentaires :
 NE LE ---/---/---
 SEXE U TEST DIF
 DOCTEUR

ID Patient : 032
 Id Passage : 00032
 Type : STANDARD
 RACK/POS 0000 0
 DEPARTEMENT

ID Operateur : 123
 Seq# : 009127

Date : 12/02/2020 12:26:50
 PREL. INCONNU ---:--

	Resultat	Alarmes	Unite	Limites
GB	11.7		10 ³ /μl	4.0 12.0
LYM%	26.3		%	25.0 50.0
MON%	7.6		%	2.0 10.0
NEU%	63.8		%	50.0 80.0
EOS%	2.1		%	0.0 5.0
BAS%	0.2		%	0.0 2.0
LYM	3.1		10 ³ /μl	1.0 5.0
MON	0.9		10 ³ /μl	0.1 1.0
NEU	7.5		10 ³ /μl	2.0 8.0
EOS	0.2		10 ³ /μl	0.0 0.4
BAS	0.0		10 ³ /μl	0.0 0.2
GR	3.30	l	10 ⁶ /μl	4.00 6.20
HB	8.1	L	g/dl	11.0 17.0
HT	25.6	l	%	35.0 55.0
UGM	77.6	l	fl	80.0 100.0
TGMH	24.5	L	pg	26.0 34.0
CCMH	31.6		g/dl	31.0 35.5
IDRC	17.9	h	%	10.0 16.0
IDRS	49.0	h	fl	37.0 46.0
PLA	378		10 ³ /μl	150 400
UMP	7.8		fl	7.0 11.0
THT	0.296		%	0.200 0.500
IDP	12.9		%	10.0 18.0
PLCR	12.8		%	12.0 42.0

Commentaires :

LABORATOIRE
 CLINIQUE DES SPÉCIALITÉS
 ACHIFAA