

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Ordonnance :

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.

Maladie :

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

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° P19-0035737

55833

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0964 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENSOLTANA MILOU
Date de naissance : 1950
Adresse : HABITUELLE
Tél. : 06 61 83 29 03 Total des frais engagés : 2588,53 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/01/2021
Nom et prénom du malade : RABIE M. Age: 62
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : douleur pharyngée
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 : 05/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
05/01/2021		3	3000DH	

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

05/01/2021 Scanner Abdominal 2000DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

05/01/2021 perf + plasma 02 AM PC IM IV 288,53

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

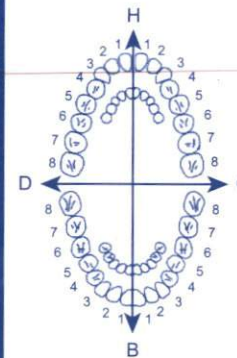
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° 63 / 2021 du 05/01/2021

Nom patient	RARHIB MALIKA	Entrée 05/01/2021	Sortie 05/01/2021
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
SCANNER ABDOMINAL	1,00		2 000,00	2 000,00
PERFUSION	1,00		200,00	200,00
CONSULTATION DE JOUR	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	2 500,00
PHARMACIE	1,00	PH	88,53	88,53
			Sous-Total	88,53
Total Frais Clinique				2 588,53

	Total général 2 588,53
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE CINQ CENT QUATRE-VINGT-HUIT DIRHAMS CINQUANTE-TROIS CENTIMES	

Encaissements	Espèces 2 588,53				Total encaissé 2 588,53	Solde 0,00
---------------	---------------------	--	--	--	----------------------------	---------------

CLINIQUE VILLE VERTE
TOWN Villa Verte
Casablanca
0667 57 57 57



CLINIQUE
VILLE VERTE

ELSAN

Casablanca, le 05/01/2021

Patient : MME RARHIB Malika

SCANNER ABDOMINO-PELVIE

Technique :

Acquisition spiralee sans injection de produit de contraste (fonction rénale non connue).

Résultats :

Foie homogène de taille normale et de contours réguliers.

Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques.

Rate et pancréas d'aspect normal.

Les deux reins sont de taille normale, de contours réguliers, sans dilatation des cavités excrétrices.

Absence d'adénopathie profonde.

Absence d'épanchement péritonéal.

Absence d'épaississement pariétal digestif décelable.

Vessie semi-pleine, à contenu homogène.

Absence d'anomalie utéro-annexielle.

Au total :

Scanner abdomino-pelvien ne révélant pas d'anomalie.

Merci de votre confiance. **Dr.Tahiri**

CLINIQUE VILLE VERTE
Service Radiologie
Tel : 05 22 51 23 23