

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS 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.

Biologie 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.

que :

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.

aire :

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.

ie 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.

ddresses Mails utiles

clamation : contact@mupras.com
se en charge : pec@mupras.com
ésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

S'agit 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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **13197**

Société : **PN**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FATAH YASSINE

Date de naissance :

24-04-95

Adresse :

**15 Rue Jbel bou yahou Hay Salam
CASA.**

Tél. : **0662776183**

Total des frais engagés :

611

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dottor Fouad BOUSSI
Omnipraticien
15, Bd EL Fida - Casa
Tél: 05 22 28 24 78
Fax: 06 61 62 75 75

Cachet du médecin :

Date de consultation : **14/02/21**

Nom et prénom du malade :

FATAH YASSINE

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

gastro-entérite

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 : 18/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/02/21	161,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

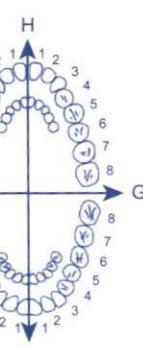
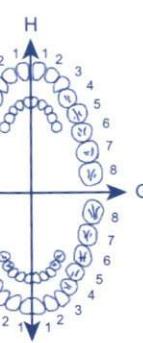
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

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 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT



le 14-02-26

MR FATAH
YASSINE

OEDES

① Prostofen

1 sachet/j

② METROZAC 50

1cp x 3/j

③ - CLOMOKYL 1g -

1cp x 2/j

④ - Motilium



MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML
LOT : 9MA169
PER.: 04/2022
P.P.V : 40DH80



28/50 une cuillère ouverte de reçus

⑤ - I Sudine



99,00 une cuillère ouverte de reçus

⑥ Oedex 20mg

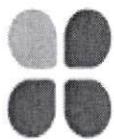


Docteur rouad BOUJELD
Omnipraticien



090004029

PHARMACIE HAY EL MATAR
Dr. EL MABROUKI Hakim
Dr. Oum Rabia Oufia - Casablanca
1, Bd. Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmassa, Hay El Hana, Casablanca - Maroc
N°212 522 39 69 60 (+212) 5 22 39 71 19 @ contact@cliniqueyasmine.com



مصحة الياسمين
Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le : 14/02/2021

Facture N° 732/21

Etablie par OUMAYM ACCEUIL

Page

1/1

Identification

N° Dossier : X1B14525

N° Identifiant : 2102565/21

Nom & Prénom : FATAH YASSINE

C.I.N. :

Date Début :

14/02/2021

Date Fin 14/02/2021

Adresse : CASA

Traitemet : Consultation

Médecin : BOUJDI FOUAD

Prestations

Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-----	---------	------	------	---------

SEJOUR

Frais clinique	1	250.00			250.00
----------------	---	--------	--	--	--------

Total Rubrique : 250.00

PARTIE CLINIQUE :

HONORAIRES MEDICAUX					
---------------------	--	--	--	--	--

Dr. BOUJDI FOUAD(GENERALISTE)	1	200.00			200.00
-------------------------------	---	--------	--	--	--------

Total Rubrique : 200.00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

TOTAL FACTURE	450.00
----------------------	---------------

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Quatre cent cinquante Dirhams

CLINIQUE YASMINE
Bd. Sidi Abderrahmane
Tel : 05 22 39 69 60 - Fax : 05 22 39 71 19
Cachet et signature