

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-617762

21941

| | | | |
|---|-----------------------------------|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | Société : | |
| Matricule : 6415 | | R.A.M | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif * <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | | <input type="checkbox"/> Autre | |
| Nom & Prénom : RASSID SAIDI | | Date de naissance : 16/08/1965 | |
| Adresse : 529 lot Hay tath | | Tél. : 0661566363 Total des frais engagés : 570 DHS Dhs | |
| Cadre réservé au Médecin Dr. Soumaya RASSIT PÉDIATRE Hay El Inara, 30 Bd. AIQods Tél: 0522 520 401-0662 223 390 | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : | | | |
| Nom et prénom du malade : RASSID Mabrouk Age : 55 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : angine + Allergie | | | |
| 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 : Casablanca

Le : 25/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

25/05/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| phacie Najd Palmier S.A.R.L AU 15, Rue Ibnou Chehida BP 100, Casablanca | 14/04/2011 | 170,80 |

Pharmacie Najd Palmier
S.A.R.L AU
11 Bis, Rue Ibnou Chehid
Bab Chafé - Casablanca
Tél. 05 22 25 80 84

ANALYSES + RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|---|
| | | | | <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 <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>G</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | G | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | 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

14 / 04 / 21

- P: 13Kg

Rasid Mohamed

36,20

1) Erlos : 1/2 cas

18,10

2) Sulfur iodatum 5 gals x 21J/88

18,10

3) ferrum phosphoricum 50 gals x 21J/88

78,60

4) gomme

15,20

5) Nurodol : 1dp

LOT: M0215
EXP: MAR 2024
PPV: 78,60 DH

Ferrum phosphoricum

5^{ch}

BOIRON

BOIRON - 69510 Messimy - France

Renverser Tourner Ouvrir
Enregistrement sans indications thérapeutiques
MÉDICAMENT HOMEOPATHIQUE BOTU SA
EXP: 02/2025 LOT: E52299 Ain Sébaâ, Casablanca
PPV: 18D/50 Ferrum phosphoricum 5ch



3 40303 078121

19,00

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL

55, Bd. Abderrahim Bouabid
CASIS - Casablanca
Tel: 0522 23 18 18 - Fax: 0522 23 50 28

Dr. Soumaya BASSIT
PEDIATRE
Hay El Ifrata, 30 Bd. AlQod:
Tel: 0522 520 401-0682 223 390

Lot :

36,20

Per :

PPV :

Sulfur iodatum

15 ch

BOIRON

BOIRON - 69510 Mions - France

 Renverser  Tourner  Ouvrir

Enregistrement sans indications thérapeutiques

MÉDICAMENT HOMEOPATHIQUE BOTTU SA

EXP: 05/2024 LOT: D59799 Ain Séba, Casablanca

PPV: 180H50 Sulfur iodatum 15ch



3

400307 137930

FR/NW



Note d'honoraires

Nom et prénom

Rassid Mohamed

Diagnostic

Intervention

N₂A

Cotation

400, ~21+

Honoraires

Casablanca, le

Signé

14.4.29

CLINIQUE PEDIATRIQUE
50, Bd Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tél: 0522.231.818 - Fax: 0522.235.028

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