

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.

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.

Optique :

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.

Prothèse :

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° M21- 0034486

Manque rpv
De l'apnée

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5104 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Roudi Mohamed

Date de naissance : 1954

Adresse : 55 Rue Abdelkarim Kattabi

Tél. : 0654 587602

Total des frais engagés : 322,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/07/2021

Nom et prénom du malade : H. Bouchtia

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Nature de la maladie : Tumeur

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 : DEROUA

Le : 04/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/07/21	22,20

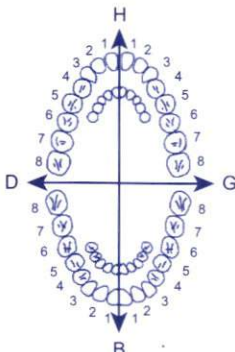
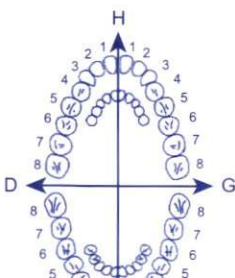
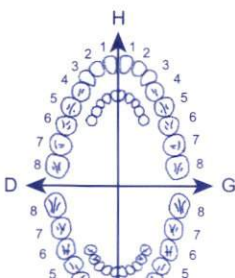
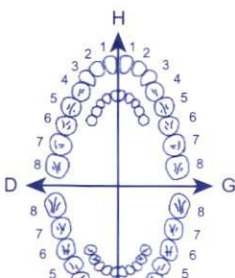
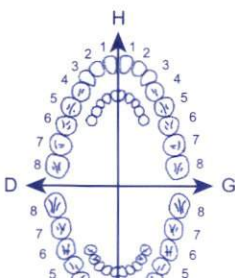
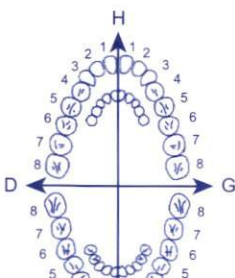
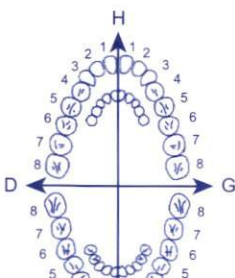
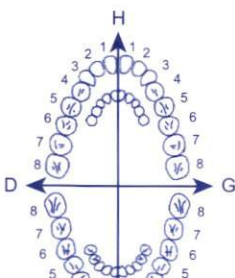
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>																								
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>																							
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																						
						FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																						
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																									
			<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div> </td> <td rowspan="4" style="vertical-align: top;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> <td rowspan="4" style="vertical-align: top;"> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> </td> </tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">  </td> <td colspan="3"></td> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;"> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/> </td> </tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> </table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>											DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>					
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>																								
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>																							
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>																								

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
	B		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			DATE DU DEVIS

Berrechid le : 31/07/2021

CLINIQUE IBN ZOHR		Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie										
INPE, code à barres												
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>0</td><td>6</td><td>0</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>7</td><td>1</td><td>8</td> </tr> </table>		0	6	0	0	6	2	7	1	8		
0	6	0	0	6	2	7	1	8				
ESTIMATION N°		578 / C / 2021										
Assuré		Bénéficiaire										
Nom & Prénom		Nom & Prénom HADRI KENBOUCHIA										
N° CIN		N° CIN										
N° immatriculation		<input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant										
Médecin consultant : DR ZAKARIA		Médecin correspondant : N° TEL										
FRAIS CONSULTATION												
Désignation	Qté	PU	Montant									
CONSULTATION MEDECIN SPECIALISTE	1.00	300,00	300,00									
TOTAL			300,00									
TOTAL GENERAL			300,00									

Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:

TOTAL GENERAL

TROIS CENTS

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE


مصحة ابن زهر
Clinique IBN ZOHR
46, Lot El Amal - Berrechid

ORDONNANCE

NOM: HADRI

le: 31/04/2021

prénom: KANDOUCHA



22,20

1) Codoliprane

400/20 g

01g x 23 ;

exhaustif

Pharmacie Mosquée Riad
Dr. Sihem TAMER
N° 1-2 Mosquée Riad
46 Lot El Amal - Berrechid
Tél / Fax: 05 22 32 33 88 22

Directeur Medical
Dr M. El Hejjani
CLINIQUE IBN ZOHR
46 Lot El Amal - Berrechid

Signé:

مصحة ابن زهر
Clinique IBN ZOHR
46, Lot El Amal - Berrechid