

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.

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.

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.

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- 0054059

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5575 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : M^{me} CHAFI ABDELLATIF
 Date de naissance : 14-09-1959
 Adresse : OULFA - Casa - Lt. ELAZHARI I Rue
 bu n° 48
 Tél. : 06 20 134223 Total des frais engagés : 2347,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. SOUHAIL REGRAGUI
 CHIRURGIEN UROLOGUE
 Av. des F.A.R, Résidence Opera, Bloc A3
 Bureau N°5, Tetouan-Tél.: 05 39 72 67 33
 INPE : 161252978
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 08/08/21
 Nom et prénom du malade : CHAFI JASMIN Age : 61 ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Trouble urinaire des bas appareil
 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 : 10/09/2021
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
20/05/20	G		500
20/05/20	Carottes		150
20/05/20	P.C		16947

DR. SOUHAIL REGRAGI
 Chirurgien-Dentiste
 Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
 Av. de F.A.R, Résidence Opéra, Bloc A3
 Bureau N°5 Tétouan-Tél.: 05 39 72 67 31
 Bureau N°161252978
 Médecin Généraliste

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412	21433552											
	D	00000000	00000000											
	G	00000000	00000000											
	B	35533411	11433553											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE RIF

MEDICO -CHIRURGICALE
242, Avenue des FAR TETOUAN
039 99.91.42/43/44 Fax :039 99 9145

F A C T U R E

N° 8 183 / 2021 du 08/08/2021

Nom patient	CHAFI YASMINE	Entrée 06/08/2021	Sortie 08/08/2021
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CHAMBRE NORMALE	2.00		400.00	800.00
A M I	2.00		250.00	500.00
			Sous-Total	1 300.00
PHARMACIE	1.00		397.80	397.80
			Sous-Total	397.80
Total Frais Clinique				1 697.80
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. AMOUR SARA (generaliste)	1.00		150.00	150.00
DR. REGRAGUI SOUHAIL (urologue)	1.00		500.00	500.00
			Sous-Total	650.00
Total prestations externes				650.00

	Total général	2 347.80
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> DEUX MILLE TROIS CENT QUARANTE-SEPT DIRHAMS QUATRE-VINGTS CENTIMES		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	2 347.80				2 347.80	0.00



ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : CHAFI YASMINE	N° Facture	8 183	21H062112
-----------------------------	------------	-------	-----------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ACUPAN INJ (05)	2	13.00	26.00
APOTEL PARACETAMOL SOLUT. (10)	2	30.00	60.00
INTRANUL G22 100	1	22.00	22.00
MIDAZOLAM MERCK INJ (10)	1	23.00	23.00
OEDES 40 40mg INJ (01)	2	95.00	190.00
PERFUSEUR A/F (001)	1	12.00	12.00
PIROCAM INJ (02)	3	7.00	21.00
SERINGUE 10 CC (001)	4	2.50	10.00
SERINGUES 5 CC (001)	3	2.00	6.00
SERUM SALE 9% SOLUT. (01)	1	12.80	12.80
VOLTARENE 75 MG 3 ML INJ (05)	1	15.00	15.00
Total pharmacie			397.80



CLINIQUE RIF

NOTE D'HONORAIRES

Le : Références 8 183 /
 Entrée / Sortie : 06/08/2021 - 08/08/2021
 PAYANT

Le Dr. AMOUR SARA

présente à Mlle CHAFI YASMINE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
 150.00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Espèces

Dr. AMEUR Sara
 Médecin Généraliste

Cachet et signature

CLINIQUE RIF

NOTE D'HONORAIRES

Le : Références 8 183 /
 Entrée / Sortie : 06/08/2021 - 08/08/2021
 PAYANT

Le Dr. REGRAGUI SOUHAIL

présente à Mlle CHAFI YASMINE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
 500.00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Espèces

Cachet et signature

Dr. SOUHAIL REGRAGUI
 CHIRURGIEN UROLOGUE
 Av. des F.A.R. Résidence Opéra, Bloc A3
 Bureau N°5, Tétouan - Tél.: 05 39 72 67 33
 INPE : 161252978

CLINIQUE RIF
MEDICO -CHIRURGICALE
242, Avenue des FAR TETOUAN
039 99.91.42/43/44 Fax :039 99 9145

RAPPORT MEDICAL

Patient **Mlle CHAFI YASMINE**

Médecin traitant **DR. REGRAGUI SOUHAIL**

Date **06/08/2021**
