

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

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.

ntaire :

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

Nº M21- 074592

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12731

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUKASSE HOUSSAM

Date de naissance : 29-04-1991

Adresse : QUARTIER AL MAZ-RESIDENCE AMBAR 3-
IMMA- APP 21- CASABLANCA

Tél. : 06.61.89.60.53 Total des frais engagés : 6700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CLINIQUE L'HERMITAGE
TÉL 0522 86 55 66 / 0522 86 55 77
Bd ABDOURA / Casablanca

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
14.11.2021	Ven facture 67000	en gencives		<i>DR M. L'HERMITAGE 35, Bd Anouar</i> Tel: 0522 86 55 55 / 0522 86 55 55

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

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 :

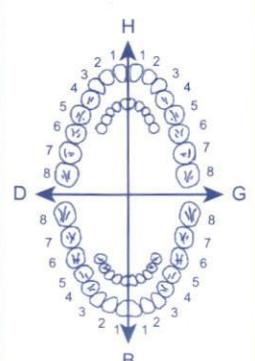
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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
	35533411	11433553
B		



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



ORDONNANCE

Casablanca, le

14/10/2021
الدار البيضاء فيM^e Baig Nafissa.

II G. II Poule.

A ceu cl^e enceinte normal
+ episiotomie ms
pré n^e durelle.

Dr. Laila ZOUAD
Gynécologue Obstétricienne
Rés. Nassima Bd. Anoual 1^e Etage N° 12
0522 86 42 44 - 0662 15 05 19
06100726

CLINIQUE L'HERMITAGE



مصحة لارميطاج

PATIENT : Mme BAIZ Rafika

SEJOUR : Du 14/10/2021 au 15/10/2021

FACTURE : 202101692

DU : 15/10/2021

Etablie par : K. Khadija

CLINIQUE

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
PÉRIDURALE	1	1 300,00	1 300,00
MONITORING	1	500,00	500,00
FRAISCLINIQUE	1	2 500,00	2 500,00
TOTAL CLINIQUE			4 300,00

ENCAISSEMENT COMPTE AUTRUI

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
DR. SERRAJ ANDALOUSSI Naima	1	400,00	400,00
Honoraire DR. ZOUAD Laila	1	2 000,00	2 000,00
TOTAL AUTRUI			2 400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de SIX MILLE SEPT CENTS DIRHAMS

L'article 6 de la loi de finances (L.F.) n° 100-14 pour l'année budgétaire 2015, promulguée par le
lahaïr n°1.14.195 du 1er rabii I 1436 (24 décembre 2014) relative aux droits de timbres

PATIENT	
TOTAL TTC	6 700,00

CLINIQUE L'HERMITAGE
35 Bd. Anoual - Casablanca
Tél: 052 86 55 66 Fax: 052 86 55 77

CLINIQUE L'HERMITAGE

NOTE D'HONORAIRE

مصحة لارميطاچ

Date d'entrée: 14/10/2021

DR. ZOUAD Laila

PATIENT :

Mme BAIZ Rafika

HONORAIRES :

2 000,00
(DEUX MILLE DIRHAMS)

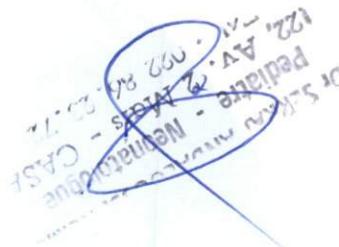
Dr. Laila ZOUAD
Gynécologue Obstétricienne
13 n°s. Nassima Bd. Anoual 1^{er} Etage N° 12
Tél.: 0522 86 42 44 - 0662 15 05 19
M. : 061007126

Date d'entrée: 14/10/2021

DR. SERRAJ ANDALOUSSI Naima

PATIENT : Mme BAIZ Rafika

HONORAIRES : 400,00
(QUATRE CENTS DIRHAMS)



CLINIQUE L'HERMITAGE

CLINIQUE L'HERMITAGE



مصحة لارميطاچ
Clinique L'Hermitage

BON DE SORTIE

Nom :	BAIZ
Prénom :	Rafika
Matricule :	2102262
Est autorisé à quitter la clinique	
Date d'entrée :	2021-10-14 07:45:04
Date de sortie :	2021-10-15 10:04:00
Encaissé par :	
Imprimer par :	KHALID Khadija



— US2

200
180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

100

120

140

160

180

200

220

240

260

280

300

320

340

360

380

400

420

440

460

480

500

520

540

560

580

600

620

640

660

680

700

720

740

760

780

800

820

840

860

880

900

920

940

960

980

1000

1020

1040

1060

1080

1100

1120

1140

1160

1180

1200

1220

1240

1260

1280

1300

1320

1340

1360

1380

1400

1420

1440

1460

1480

1500

1520

1540

1560

1580

1600

1620

1640

1660

1680

1700

1720

1740

1760

1780

1800

1820

1840

1860

1880

1900

1920

1940

1960

1980

2000

2020

2040

2060

2080

2100

2120

2140

2160

2180

2200

2220

2240

2260

2280

2300

2320

2340

2360

2380

2400

2420

2440

2460

2480

2500

2520

2540

2560

2580

2600

2620

2640

2660

2680

2700

2720

2740

2760

2780

2800

2820

2840

2860

2880

2900

2920

2940

2960

2980

3000

3020

3040

3060

3080

3100

3120

3140

3160

3180

3200

3220

3240

3260

3280

3300

3320

3340

3360

3380

3400

3420

3440

3460

3480

3500

3520

3540

3560

3580

3600

3620

3640

3660

3680

3700

3720

3740

3760

3780

3800

3820

3840

3860

3880

3900

3920

3940

3960

3980

4000

4020

4040

4060

4080

4100

4120

4140

4160

4180

4200

4220

4240

4260

4280

4300

4320

4340

4360

4380

4400

4420

4440

4460

4480

4500

4520

4540

4560

4580

4600

4620

4640

4660

4680

4700

4720

4740

4760

4780

4800

4820

4840

4860

4880

4900

4920

4940

4960

4980

5000

5020

5040

5060

5080

5100

5120

5140

5160

5180

5200

5220

5240

5260

5280

5300

5320

5340

5360

5380

5400

5420

5440

5460

5480

5500

5520

5540

5560

5580

5600

5620

5640

5660

5680

5700

5720

5740

5760

5780

5800

5820

5840

5860

5880

5900

5920

5940

5960

5980

6000

6020

6040

6060

6080

6100

6120

6140

6160

6180

6200

6220

6240

6260

6280

6300

6320

6340

6360

6380

6400

6420

6440

6460

6480

6500

6520

6540

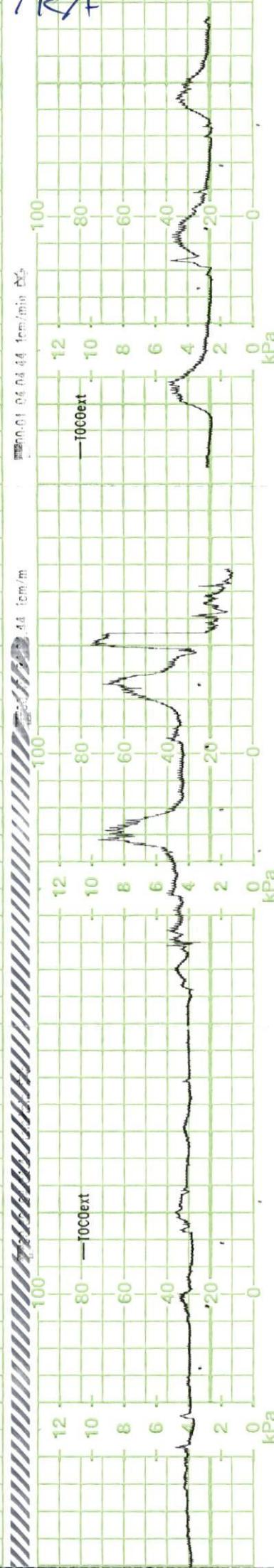
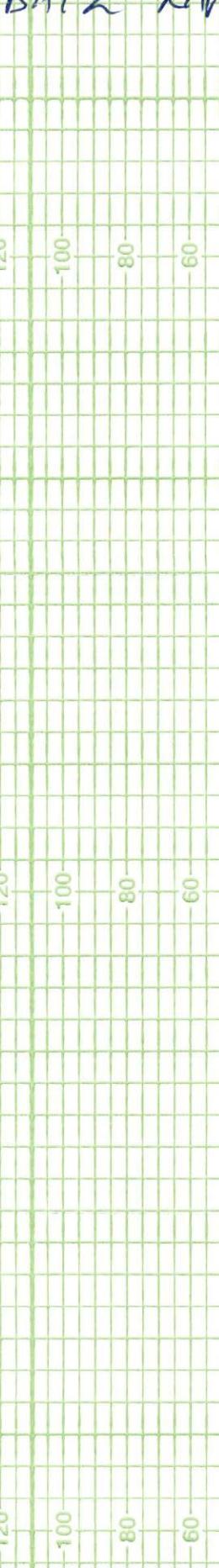
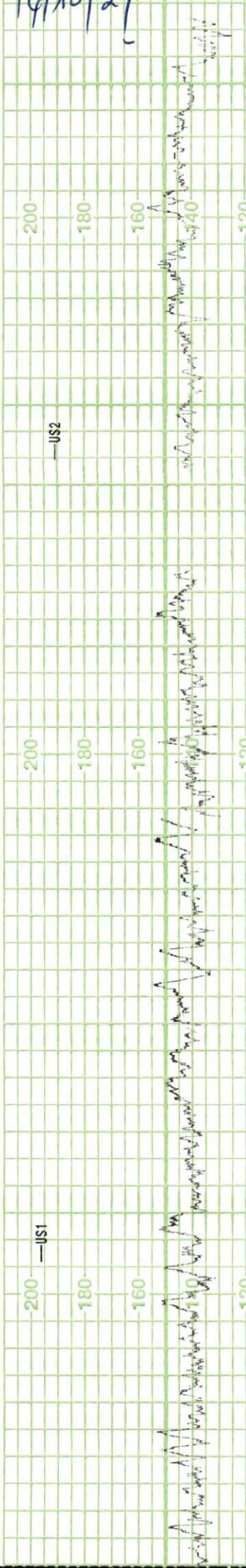
6560

6580



14/10/21

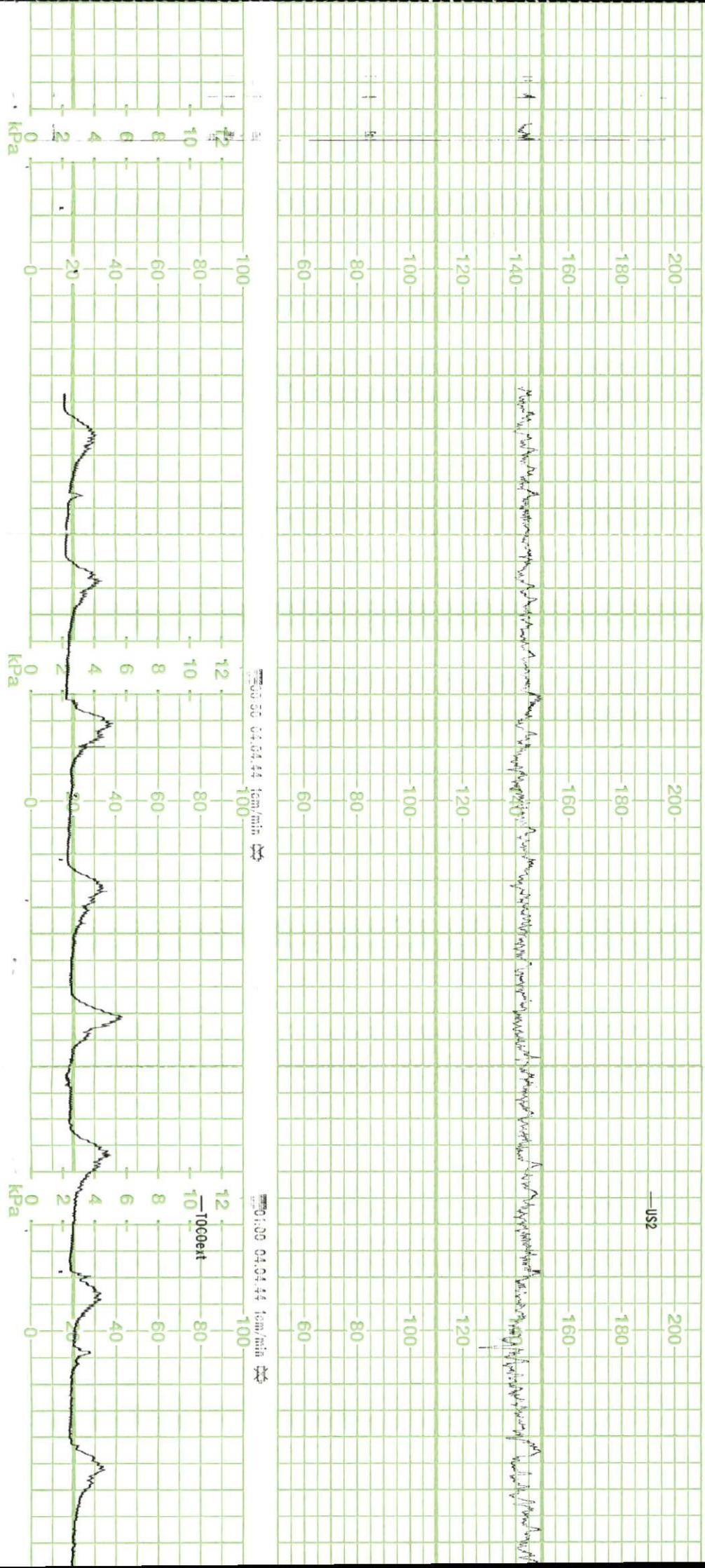
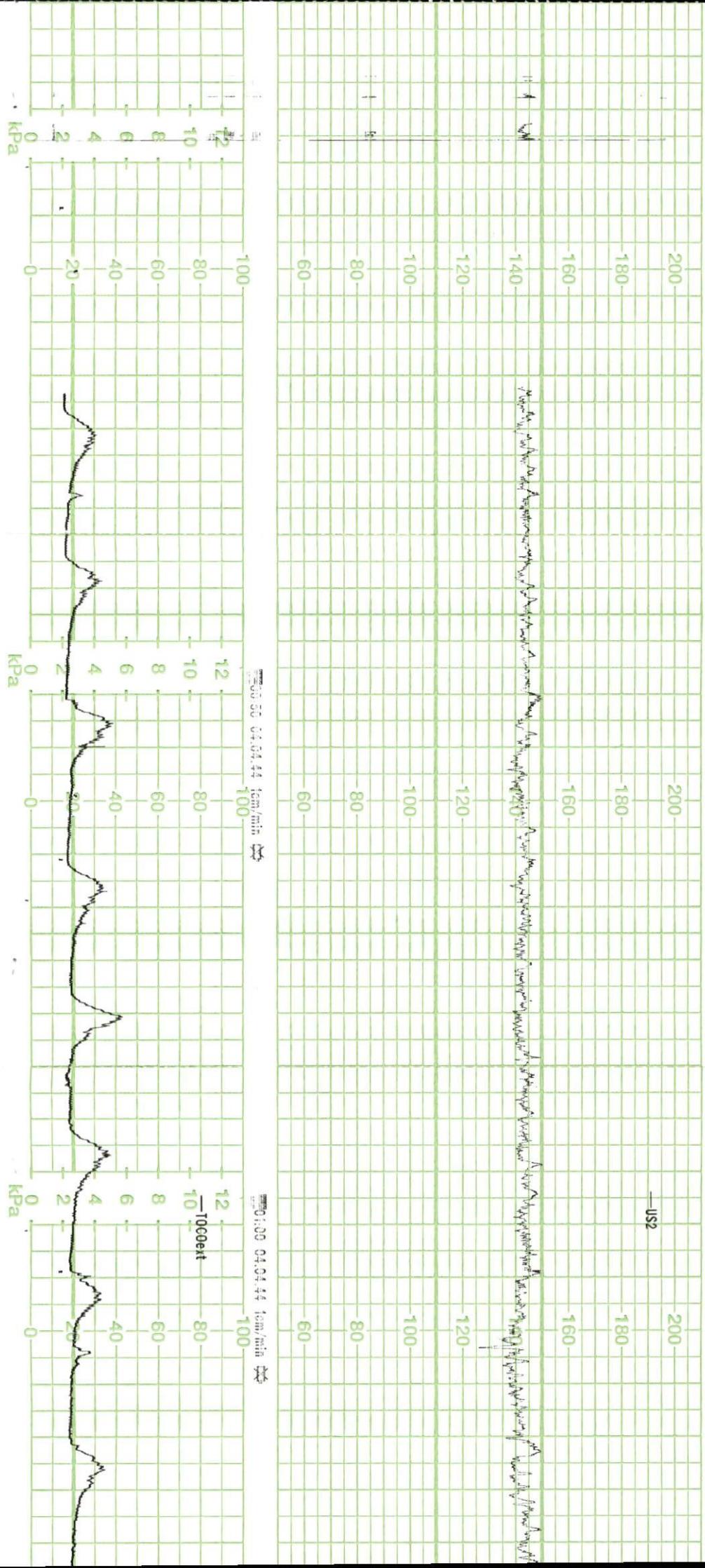
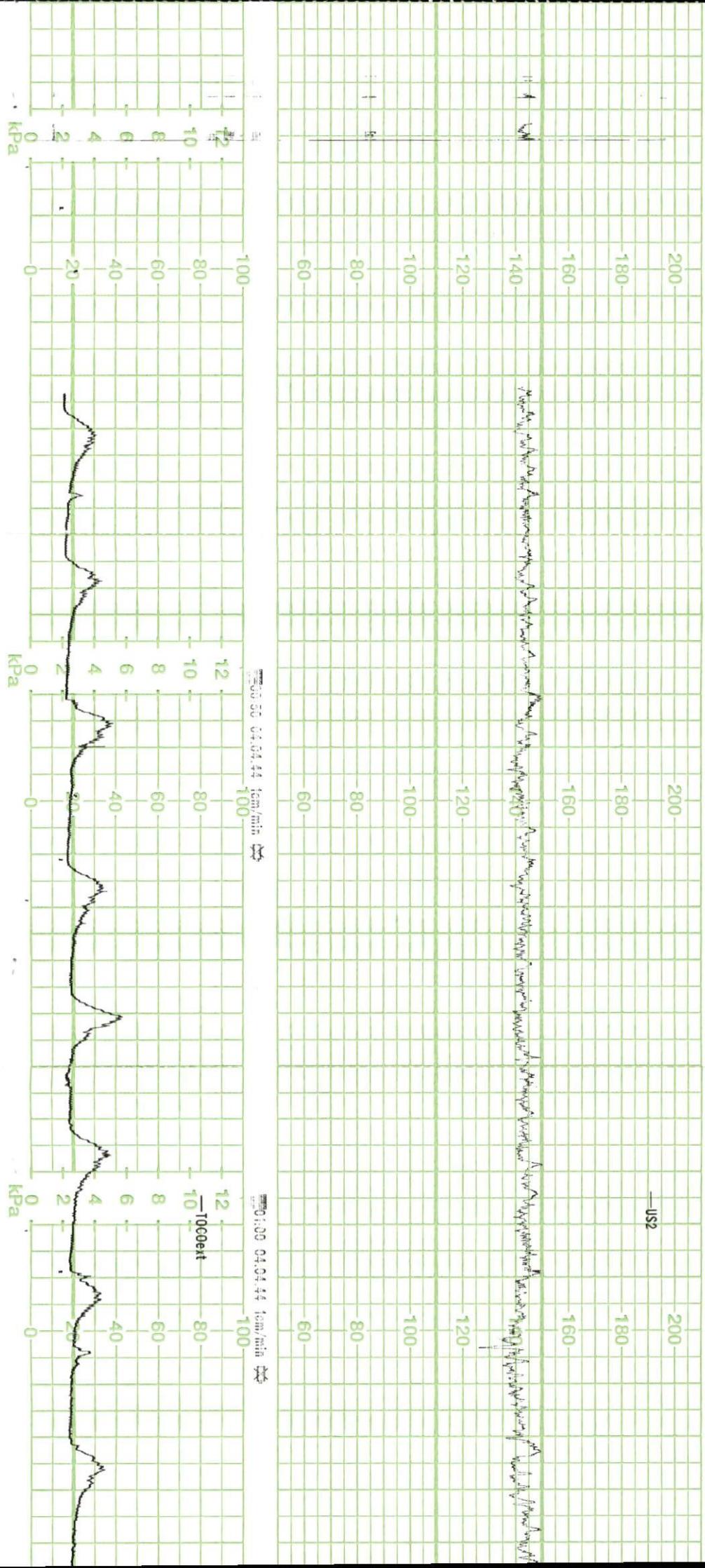
BAIZ RAFIKI



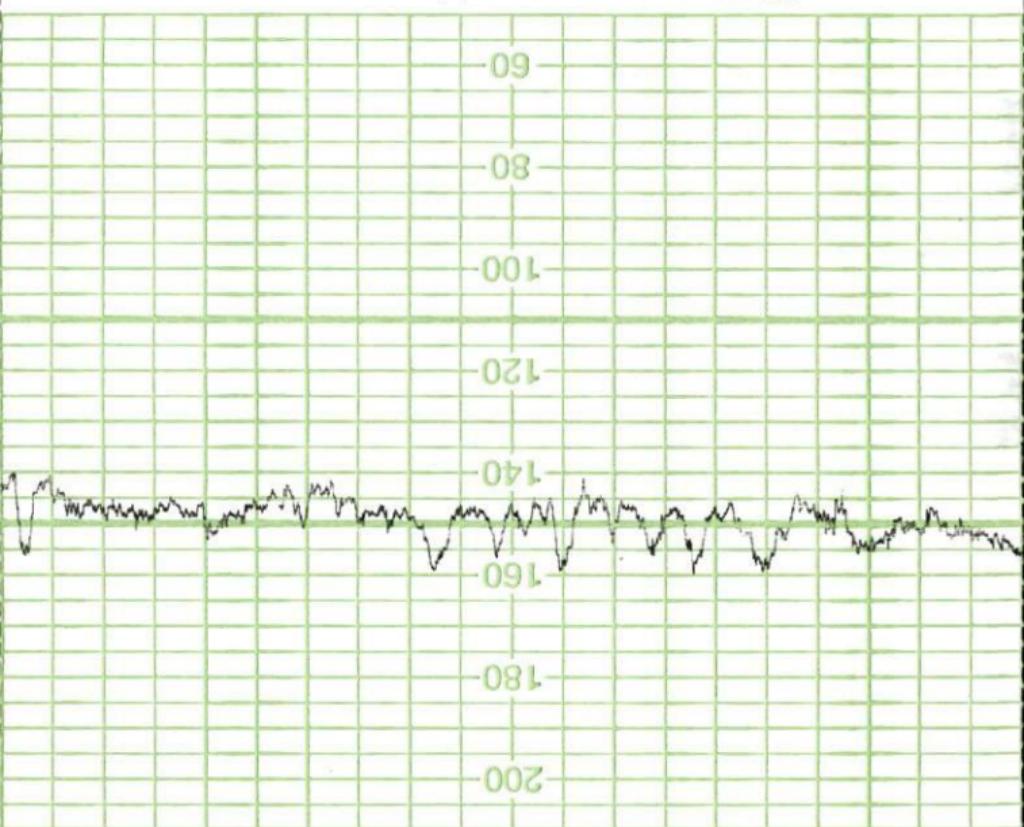
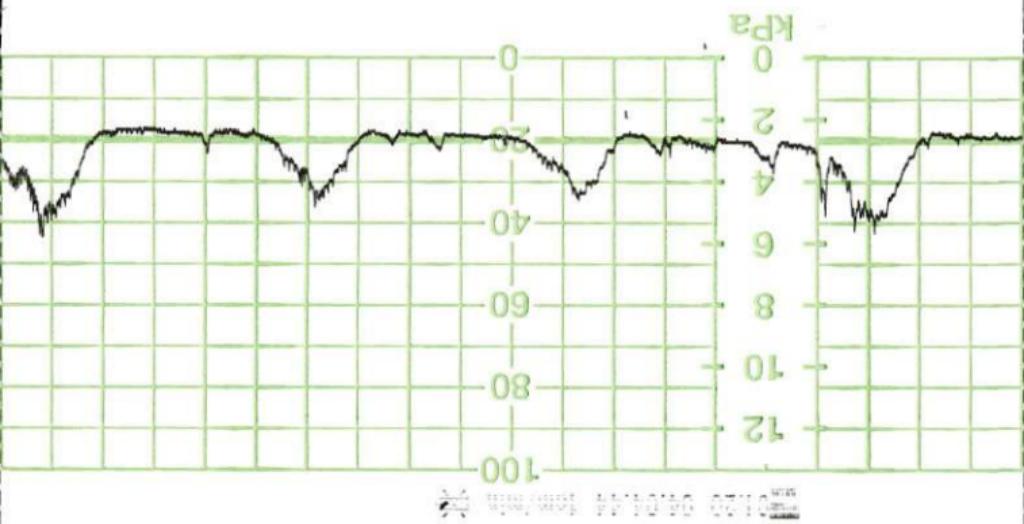
15.0

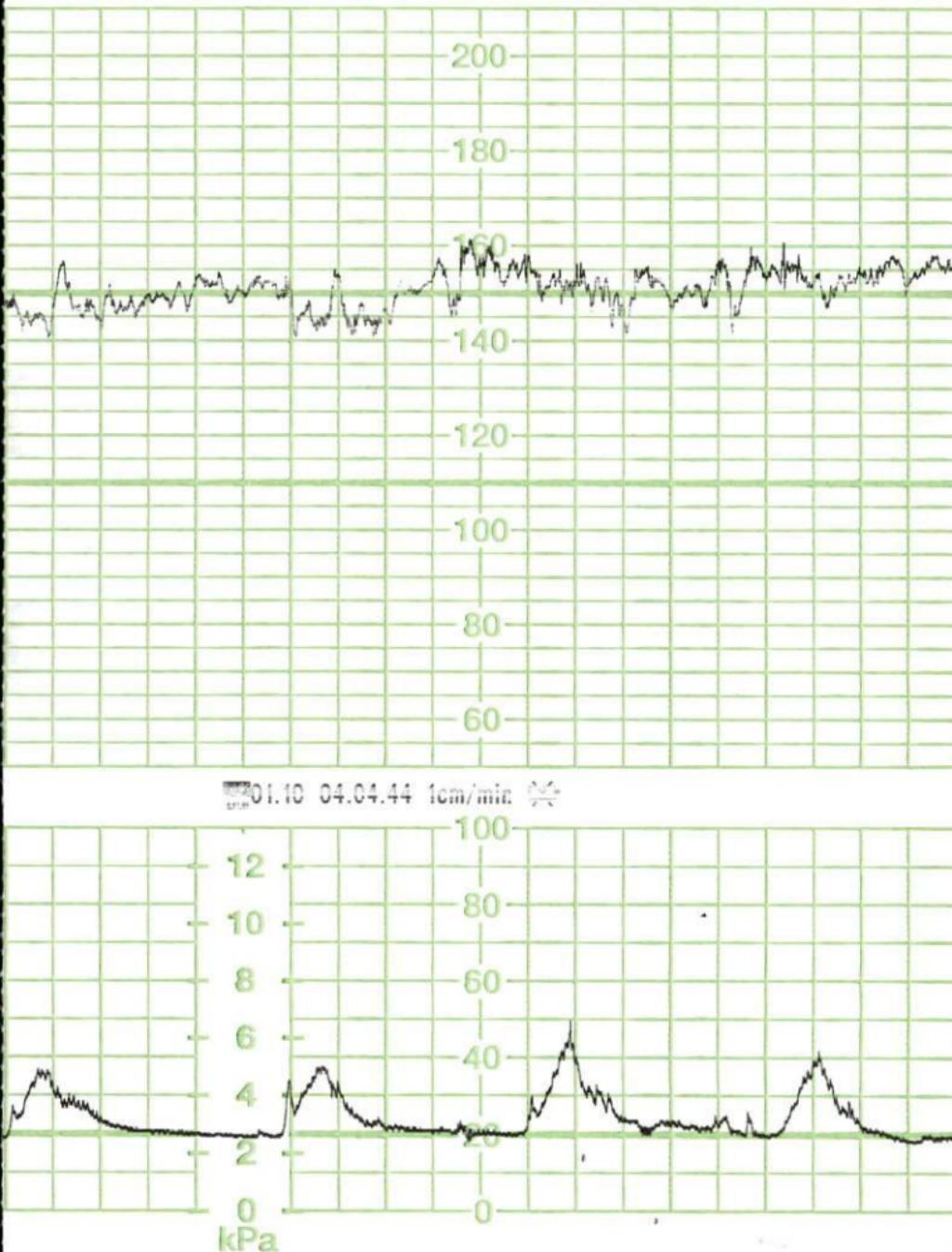
14.0

13.0

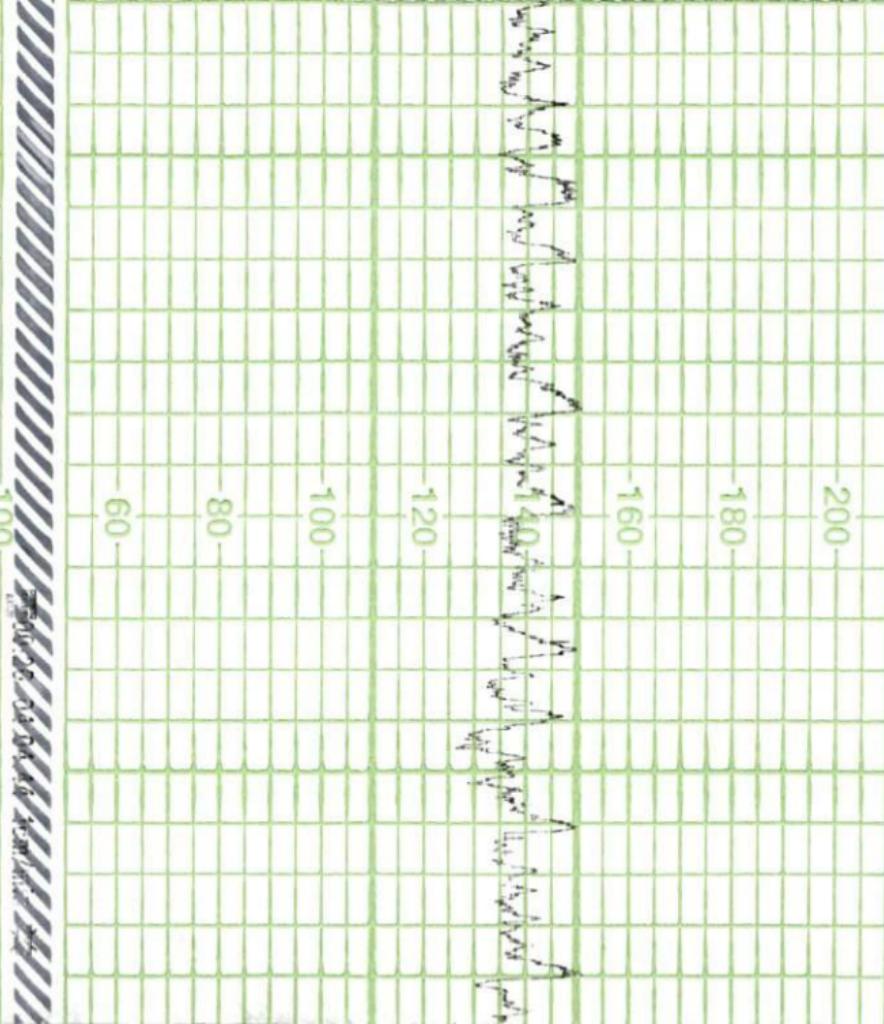
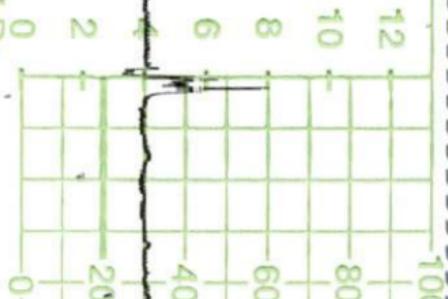


C18





kPa



*B*Af*Z*

*G*ELINIQUE *M*ERMITAGE

*R*AF*I*

K*A*

TELE 0522 86 55 65 FAX 0522 86 55 77

38BD ANTOINE - CASABLANCA

