

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ucation :

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 canalaire, 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 canalaire.

die 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

lémation : 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1234 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAFRI Abdelkader

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : BLOC: 01 N°07 - HAY SAADA - HASSANI

Tél. : 06 74 31 78 18 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/03/2022

Nom et prénom du malade : SAFRI Abdelkader

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Coliques néphrétiques

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 : CASA

Le : 14/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

SAFRI



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
22/05/22		Montant à voir facture (750,00)		CLINIQUE YOUSSEF Av. Driss Sayed Aït Aissa Patiente : 35603 Tél. : 05 22 36 27 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
H				21433552				G			
25533412				00000000				00000000			
00000000				00000000				00000000			
35533411				11433553							
B											

DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
25533412	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 L'E

CLINIQUE ANDALOUSS

MULTIDISCIPLINAIRE

ICE:000159092000064

CASABLANCA

Tél : 05 --- Fax: 05 ----

F A C T U R E

ICE: 000159092000064

N° : 174 / 2022 du 02/03/2022

Médecin traitant : DR. RAIS YOUSSEF

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mr SAFRI ABDELKADER	Payant	02/03/22 02/03/22

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE	URG	1,00	100,00	100,00
			Sous/Total	100,00
PHARMACIE		1,00	300,00	300,00
			Sous/Total	300,00
Total clinique				400,00

DR. RAIS YOUSSEF (reanimateur/anest)	CS	1,00	350,00	350,00
			Sous/Total	350,00
Total autres prestations				350,00

Arrêtée à la somme de :		
SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS		

		TOTAL GENERAL	750,00

CLINIQUE ANDALOUSS
AV. Driss El Aïm - Casablanca
Tél. : 05 22 36 27 27
Fax: 05 05 793

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : SAFRI ABDELKADER

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
OEDE INJ PHARM INJECTA (01)	1,00	95,00	95,00
ONDANSETRON PH INJECTA (01)	1,00	94,00	94,00
PERFALGAN 1 g INJECTA (12)(1)	1,00	34,02	34,02
Sous-Total pharmacie			223,02
COMPRESSE 10 (001)	1,00	10,00	10,00
INTRANULE ROSE G 20 (100)(1)	1,00	8,00	8,00
PERFUSEUR A (001)	1,00	15,00	15,00
SERINGUE 10CC (001)	1,00	4,00	4,00
SERUM SALE 500 INJECTA (01)	2,00	20,60	41,20
Sous-Total parapharmacie			78,20
		Total pharmacie	301,22


CLINIQUE ANDALOUSS
 Av. Driss Slama - Casablanca
 Patente : 35605793
 Tél : 05 22 36 21 27