

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

tions 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.

Dentaire :

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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1539

Société : RAM

110437

Actif

Pensionné(e)

Autre : Légéde

Nom & Prénom : MAHIRI, Mokhammed

Date de naissance : 1989

Adresse : Sidi Ichadie Bloc 17M 19 Hay Hasan, casa

Tél. 0661937985

Total des frais engagés : 250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : casa

Le : 21/4/2012

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

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
21.7.2012	C)		750/-	DR. FARIK JAMA' AIZZ Spécialiste : Gynécométriste DR. MECHAT FAICAH Chirurgien 098235

EXECUTION DES ORDONNANCES

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
		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 d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(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



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le : 02/04/2022

Facture N° 2048/22

Etablie par SARA ACCEUIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X2D021604

N° Identifiant : 22041436/22

Nom & Prénom : MASTARI KELTOUM

C.I.N. : BK40801

Date Début : 02/04/2022

Date Fin : 02/04/2022

Adresse :

Traitements : Consultation

Médecin : MECHAT FAICAL

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-------------	-----	---------	------	------	---------

SEJOUR

Frais clinique	1	100,00			100,00
					Total Rubrique : 100,00

IMAGERIE MEDICALE

Ecg	1	100,00			100,00
					Total Rubrique : 100,00

PARTIE CLINIQUE :

200,00

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. FARIK JAMAL AZIZ(ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	300,00			300,00
Dr. MECHAT FAICAL(CHIRURGIE GENERALE)	1	250,00			250,00
					Total Rubrique : 550,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

550,00

TOTAL FACTURE	750,00
----------------------	--------

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Sept cent cinquante Dirhams

Cachet et signature



72 /min

Dr. Dastri Keltoum

02.04.2022 11:24:58
CLINIQUE YASMINE
BOULEVARD SIDI ABDERRAHMANE
CASABLANCA

Localité:
Chambre:
Numéro d'ordre:
Indication:
Médicament 1:
Médicament 2:
Médicament 3:

Utilisat:
Méd. requérant:
Méd. référent:
Méd. soignant:

TA = 11/6

