

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.

Dentaire :

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- 0006419

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6181 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BACHARI Saïd

Date de naissance : 26-12-1961

Adresse : N° 31 Rue Sidi Msahel

Quartier CHEIKH - Seltat

Tél. : 0696075447 Total des frais engagés : 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Jihane EL BRINI
Gynécologue - Obstétricienne

Date de consultation : 03/03/2022

Nom et prénom du malade : ANAFLOUS Fatima Ezzahra Age: 32

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 : 5101 Le : 07/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
03/03/82		25		

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
	03/03/82	200,00	

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 :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			Coefficient des Travaux

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

SETTAT Le :

03/10/2022

NOM : Anaflous Fatima
PRENOM : Ezzamel
MEDECIN TRAITANT : DR. EL BRINI

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

⚡ Grossesse monofœtale évolutive estimée à SA selon la biométrie
foetale :

26 - 37

❖ BIP :

❖ LF :

- ⚡ Activités cardiaque et foetale présentes
- ⚡ Liquide amniotique en quantité suffisante
- ⚡ Placenta fundique normalement inséré
- ⚡ Présentation céphalique

DR. EL BRINI JIHANE
Gynécologue
obstétricienne

DR. EL BRINI

Bon d'Examen De RADIOLOGIE

Nº 022801

Nom du Service Médical
demandeur code

POLYCLINIQUE



سطات
SETTAT

NOM DU MALADE

Anst. flows ρ_{atm} Ezzahra

Service

Renseignement cliniques

Examen demende

Le Médecin Traitant

$$Z =$$

PC=

 $K =$

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24x30

36x43

35x35

18x24

Biffer les mention inutiles

30x40

35x35

13x18

15x40

Total clichés =

Total poses =

S - SETTAT
6000 SETTAT
5-34 Fax: 0523-40-22-61
rgences : 0523-40-60-55
001757364000080 IF: 1602058



5 N° SEJOUR : 220005826

FACTURE N° 2203001935

DATE D'ENTREE : 03/03/2022 DATE DE SORTIE : 03/03/2022

ASSURE :

MALADE : ANAFLOUS, Fatima Ezzahra
NOM JEUNE FILLE :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S. :

DESTINATAIRE :

ANAFLOUS, Fatima Ezzahra

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 08152 DR. EL BRINI JIHANE, GYNECOLOGUE OBST.

TOTAUX :

200.00

200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENTS DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE :

AVOIR :

RESTE DU: 200.00

DATE FACTURE : 03/03/2022

EDITEE LE : 03/03/2022 PAR: GUETAB

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

N° DE POLICE :

DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT

BANQUE : BMCE - SETTAT

N° compte bancaire : 011 610 000001 2100060382 89





36-378A

