

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.

Radiologie 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

La 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 : 01697 Société : 207 124958

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BELBEIDA Mohammed

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : RD 12614 Hay Hassan CASA

Tél. : 0662076473 Total des frais engagés : 835,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/11/2022

Nom et prénom du malade : BELBEIDA Rihab Age : 67

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection des jambes

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 18/11/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18/07/12 | CS | | 489,00 | |
| | | | | DOCTEUR MOULAY DRISS SENTISSI Médecin Anesthésiste Réanimateur Code INP: 911 28 520 |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------------|-----------------------|
| | 13/01/2022 | 435,90 04 |

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

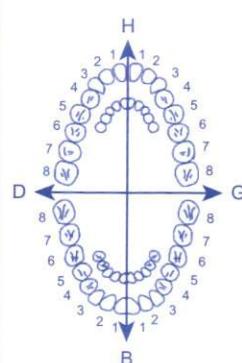
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Da Vinci

79,70

PPV 79DH70
PER 01/25
LOT L358

79,70

PPV 79DH70
PER 01/25
LOT L204

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 12/2024
LOT 18066 76

Casablanca, le..... 13/07/22

Beylaïda Mohamed

205.00

1) Tavanic S.V 500 → CP

79,70 x 2 rep 1 j Pdt. Jij

2) Ajix rep le 1^e jour

15,30 x 2 K CP Pdt 6 j

3) Vit C 1600 → CP

rep / J

PHARMACEUTIQUE SOPHIA
Mme. M. B. Tel. 0522360164
Casablanca, Tel. 0522360164



4) Zinaski S. 46g

40.30

Pharmacie SOUSSIA
Mme. Benbrahim Ep. Soussia
214, Bd Abd l'ouahid Sina
Casablanca - Tel: 05 22 36 01 61

5)

Rheox S. Sachet

Sachet x 4/1

2 435.90



PHARMED
LOT : 9653
UT.AV : 05-25
PPV : 20DH00

A24050

✓
Pharmacie SOUSSIA
Mme. Benbrahim Ep. Soussia
214, Bd Abd l'ouahid Sina
Casablanca - Tel: 05 22 36 01 61

٢٢,٧٩

ياسمين لحرق فيلاي صيدلي مسؤول
مخبرات الصيدلة فارما ٥

CLINIQUE DA VINCI



090062589

CASABLANCA Le : 13-07-2022

Facture N° 03912/22

A. Identification

N° Dossier : VNC22G13153153 N° Identifiant : 005967/21

Nom & Prénom : M. BELBEIDA MOHAMMED

C.I.N : B277302

Adresse : HAY EL HANA RUE 17 N 24 CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 13-07-2022

Date Sortie : 13-07-2022

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . SENTISSI MOULAY DRISS

Traitemen t: CONSULTATION

| Qté | Prestations | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total |
|-----------------------------------------------------------------|--------------|-------------|---------|------|------|--------|
| PRESTATIONS | | | | | | |
| 1 | CONSULTATION | | 400,00 | | | 400,00 |
| Total Rubrique : | | | | | | |
| PARTIE CLINIQUE : | | | | | | |
| PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : | | | | | | |
| Arrêté la présente facture à la somme de : | | | | | | |
| TOTAL GENERAL | | | | | | |
| 400,00 | | | | | | |
| QUATRE CENTS DIRHAMS | | | | | | |
| Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de : | | | | | | |
| signature de l'assuré | | | | | | |