

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-687734

A2543

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : ALD	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	Quennach Sali
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0662167374	Total des frais engagés :	444,4 DHS	
Cadre réservé au Médecin			
Docteur Leila CHRAIBI			
<i>Spécialiste en Allergologie</i>			
<i>Spécialiste en Pédiatrie</i>			
Tél: 0322 59 98 01-GSM: 0600 03 00 46			
INPE: 091042895			
Date de consultation : 12/07/2022			
Nom et prénom du malade : Quennach Sali			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même			
Nature de la maladie : Prostate			
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 : 09/07/2022			
Signature de l'adhérent(e) : Le : 12/07/2022			
MUPRAS			
ACCUEIL			

REHERB

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
12/07/22	VS	350DH		 Docteur Leila CHRAIBI Spécialiste en Allergologie Spécialiste en Pédiatrie Tél: 0522 59 98 01 - GSM: 0000 03 50 46 INPE: 091042895

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 STEPHARMACE GOLFIT Centre commercial Golfit Casablanca RDCN°9, Boulevard Casablanca Tél: 0522 59 07 09	12/07/22	94140

ANALYSES - RADIGRAPHIES

PPV: 70DH00 du lot logue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LOT: L247 <i>24750</i>			

AUXILIAIRES MEDICAUX

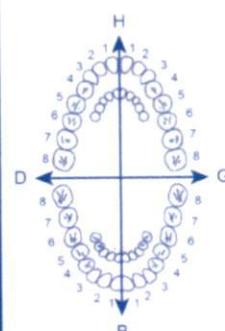
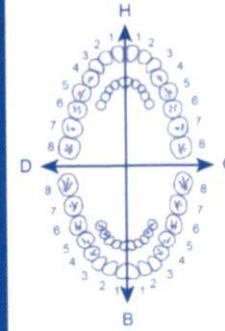
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 D 00000000 35533411	G	21433552 00000000 G 00000000 11433553
	D		B	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Casablanca le, 12/12/2012

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie Interventionnelle

● Métriorité

● Réanimation Néonatale

● Hémodialyse

Dr. Leila CHRAJBI
Spécialiste en
Médecine Pédiatrie
INPE: 091042895
Tél: 0522 59 98 01
Fax: 0522 59 967 57 58
Centre de Santé
Bouskoura Green Town - Ville Verte
Casablanca

standard sing
1 Cc + 2 j + 1 m

Erthros sing.
1/2 cm par jour
Pivalen 5 mg
3) growth

0.2 g + sing
1 don 1/2 kg 1 fois/jour
3j

STE PHARMACIE GOLF CITY
Centre commercial Bouskoura Golf City
Casablanca - Casablanca
Tél: 0522 59 07 89 + 10

CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R EN° **4 536 / 2022 du 12/07/2022**

Nom patient	QUOUNINICH YANIS	Entrée 12/07/2022	Sortie 12/07/2022
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. CHRAIBI LEILA (pediatre)	1,00		350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
Total prestations externes				350,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <i>TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS</i>	Total général	350,00
---	----------------------	---------------

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		350,00	350,00	0,00

06/07/2022
Bouskoura - Casablanca
Arrêtée le 12/07/2022
Toute la ville verte
350,00
Ville verte