

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0031138 *(Signature)*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2698**

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

BONITAIRIE La houcine

Nom & Prénom :

ABDELLAH BEN SAID

Date de naissance : **23/07/1953**

Adresse :

Lot 8nd, Abdellah Ben Sidi, Rue 29 Novembre

Tél. : **06 33 32 97 00**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MUPRAS TAKMI

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. Assistant DAHER Bouchra
Pneumologie

Date de consultation : **01/01/2022**

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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
01/11/2022	Ce		0	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourgeaud	Date	Montant de la Facture
	12.12.2022	556.30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	Coefficient DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : ٠٨١٨٨ ٢٠٢٢

M^r Abdessamad Nacirat

→ Vaccin grippe

1 inj 1 an

2) On P → o

23

PreVar

13

1 inj 1 s - 3



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 01/11/2022

Certificat Medical

Je soussigné ci-joint
que M-e Abdellatif Naciri
est en Pneumologie
pour affection pulmonaire chronique
nécessitant une vaccination
pour la grippe.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant DAHER Bouchra
Pneumologie
091250632

Institut Pasteur
du Maroc

معهد باستور المغرب
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

فاتورة
Facture

« Que l'on multiplie les laboratoires pour
que l'humanité grandisse, se fortifie et
devienne meilleurs » Louis Pasteur

Date	Code client
12/12/2022	JA25496

AFRIDOU NAJAT

Facture : FC/MED / 2022-010698

Mode de règlement : Espèces

Présentation	Quantité	Prix unitaire	Remise (%)	Prix HT
Vaccination antipneumococcique conjuguée 13 valences	1,00	510,00	0,00	510,00
Acte Vaccinal	1,00	5,00	0,00	5,00
Certificat Vaccinal	1	40,00	0,00	40,00
			Total HT	555,00
			Montant TVA(7%)	0,00
			Frais timbre(0.25%)	1,39
			Total TTC	556,39

IP

IF:01085828

PATENTE:36340200 ICE:001594848000023



معهد باستور المغرب
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

توصيل لسحب نتائج التحاليلات الطبية
Reçu pour Retrait des Résultats des Analyses Médicales

RETRAIT RESULTAT LE :

Sauf Samedi, Dimanche et Jours fériés

تاریخ سحب النتائج
ما عدا السبت والأحد والأعياد

Fiche pour prélèvements & Dispatching