

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

140583

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3081 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RAOUZ AHMED

Date de naissance : 1959

Adresse :

Tél. : 06 66 61 70 46 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/10/2021

Nom et prénom du malade : RAOUZ AHMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ACCÈS DE MALLE

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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 21/12/22 | | | 6 | Dr BELMR H. Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire NPE: 061168431 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Dr en Pharmacie Moulines Lalla | 21/12/22 | 2644,30 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

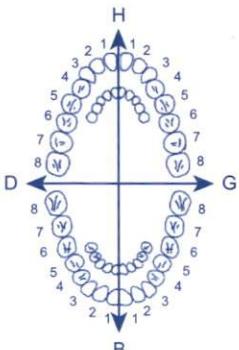
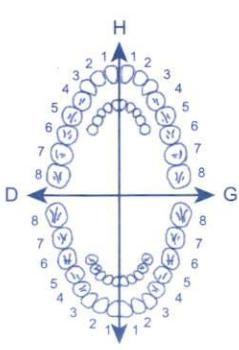
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|---|---|---|---------------------------------|
| | | A | M | P | C | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | | | | Coefficient des Travaux |
|  | H | 25533412 00000000 | G | 21433552 00000000 | |
| D | 00000000 | | 00000000 | | |
| B | 35533411 | | 11433553 | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION |

[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



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحة القلب والشرايين فرانس فيل

Pr BELMIR HICHAM
Chirurgie Vasculaire
et Endovasculaire
INPE: 061168431

21/02/2024

ABONO D

$$134,80 \times 3 = 403,50$$

(1) Freeclaire 250

SV

$$139,50 \times 2 = 279,00$$

(2) Rylon 400

SV

$$49,80$$

49,80 à la cl p dlt 50j

SV

$$(3) Flagg 500$$

p dlt 4j

$$239,00 \times 8 = 1912,00$$

(4) Triceton 2400 p dlt 8j

SV

2644,30

Pr BELMIR HICHAM
Chirurgie Vasculaire
et Endovasculaire
INPE: 061168431



393, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 26 27 • Fax : +212 522 99 30 26 • Réanimateur de garde : +212 661 42 21 61

E-mail : cliniquefranceville@cliniquefranceville.com • Site Web : www.cliniquefranceville.ma

RAOUZ ALIMÉD
MLE: 3082

LOT: S-09-3
PER: 09-2024
PPV: 239,00DH

6 118000 060062
CP PEL 820
P.P.V: 40DH00
LOT: 22E15
PER: 06/2027

LOT: M0626
PER: 11/2023
PPV: 139,50DH

LOT: M0626
PER: 11/2023
PPV: 139,50DH

LOT: M0626
PER: 11/2023
PPV: 139,50DH

6 118001 200511
Quatier Arsaline-Rue Amyot d'Aville
CASABLANCA-MAROC
Quatier Arsaline-Rue Amyot d'Aville
FUCIDINE 250 mg
Comprimé pelliculé
Bouteille de 10 comprimés
PPV: 134 DH 50

6 118001 200511
Quatier Arsaline-Rue Amyot d'Aville
CASABLANCA-MAROC
Quatier Arsaline-Rue Amyot d'Aville
FUCIDINE 250 mg
Comprimé pelliculé
Bouteille de 10 comprimés
PPV: 134 DH 50

6 118001 200511
Quatier Arsaline-Rue Amyot d'Aville
CASABLANCA-MAROC
Quatier Arsaline-Rue Amyot d'Aville
FUCIDINE 250 mg
Comprimé pelliculé
Bouteille de 10 comprimés
PPV: 134 DH 50