

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

- Reclamation : 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

M22- 0019210

143157

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6400

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZADI MOHAMMED

Date de naissance : 09-05-1964

Adresse : 10, RUE AIN ELATI, RES: NASSIM

RACINE CAP

Tél. : 06 64 41 49 25 Total des frais engagés : 9667,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 6/12/19

Nom et prénom du malade : ZADI BADA Age : 25

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 : 05/12/2019 Le : 6/12/19

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
6/12/2015	vis M 1260 h		9667,95	SPECIALISTE AL FARAH cologic

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<p style="text-align: right;">Montant de la Facture : 50 (50,50) Jours lauréats</p> <p style="text-align: right;">7, RUE 22 22 20 10 00</p> <p style="text-align: right;">Tel. 05 22 22 20 10 00</p> <p style="text-align: right;">Fax. 05 22 22 20 10 00</p> <p style="text-align: right;">INPE : 090002197</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

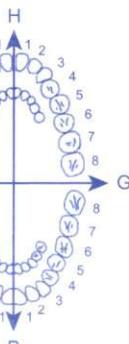
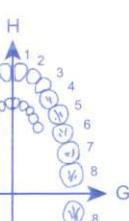
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الجامعة الفارابي الخاصة



MALADIE ET CHIRURGIE

NEZ - GORGE - OREILLES - LARYNX
CHIRURGIE DE LA SURDITE ET CERVICO FACIALE
CHIRURGIE ESTHETIQUE - NEUROCHIRURGIE
ALLERGOLOGIE
REANIMATION POLYVALENTE

Consultations tous les jours sur rendez-vous
Gardes des Dimanches et Fêtes assurées

أمراض وجراحة

الأنف - المخجرة - الأنف
جراحة السمع والوجه والعنق
جراحة جمالية - جراحة المخاغ والأعصاب
حساسية

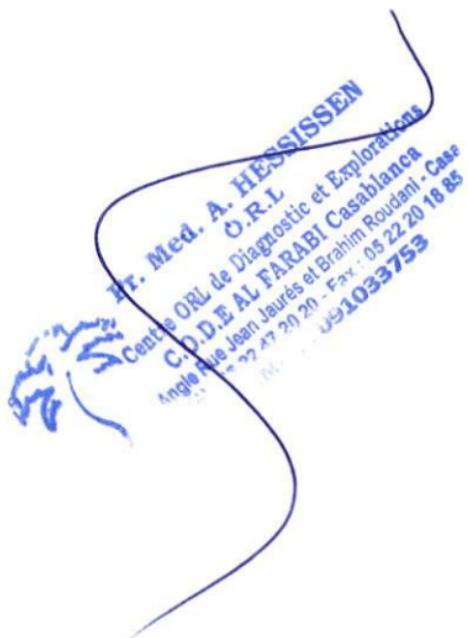
إنعاش

الفحص يومياً بالموعد
الحراسة دائمة أيام الأحد والاعياد

NOTE *m*

DR HOU

22000





CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

7, Rue Jean Jaures, CASABLANCA
Tel : 022 47 30 30 Fax : 022 20 18 85

FACTURE N° : 1260/2022
NOM - PRENOM : ZADI BADR

DATE D'ENTREE : 02/12/2022
DATE DE SORTIE 06/12/2022

HOSPITALISATION				HONORAIRES	
DESIGNATION	NOMBRE	PRIX U	MONTANT	MEDECIN	MONTANT
REANIMATION				DR HESSISSEN	2 200.00
SOINS INTENSIFS					
CHAMBRE	4	800	3 200.00		
TOTAL			3 200.00	TOTAL HONORAIRES	2 200.00

ACTES MEDICAUX			FOURNITURES	
DESIGNATION	COEFFICIENT	MONTANT	DESIGNATION	MONTANT
SALLE D'OPERATION			PHARMACIE	1 267.90
AIDE OPERATOIRE			PARAPHARMACIE	
SURVEILLANCE MEDICALE			CENTRE TRANSFUSION	
A.M.I.	4	300	ELECTRODES	
V N G	1	1500	RADIOLOGIE	
MANOEUVRE POSITIONNELLE			LABO	
NEBULISATION			LAZER	
FRAIS CLINIQUE			TOTAL	1 267.90
FRAIS CLINIQUE		6 200.00	TOTAL GENERAL	9 667.90

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE
NEUF MILLE SIX CENT SOIXANTE SEPT DHS 90 CTS

CASABLANCA, LE 06/12/2022

ARAB BANK AGENCE BD MED V, CASABLANCA, COMPTE N° 00 2780 0005210 14475 420068

RC CASA / 49163 - CNSS / 87280215 - I.F / 01085330 - PAT / 35508565
Tel:022-47-30-30 (8 L G)- Fax: 022-20-18-85

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	N° Facture :	0	21-05429
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ANTAGON H2 200 mg INJECTA (10)	2	13.00	26.00
AUGMENTIN 1G/200 IV INJECTA (01)	4	50.00	200.00
EXACYL 1g AMP BUV (05)	1	45.00	45.00
FLUIDES MEDICAUX /H (001)	1	710.00	710.00
INTRANULE 18G VYGON VERT (100)	1	5.00	5.00
NICARDIPINE 10MG INJECTA (10)	1	75.90	75.90
PERFUSEUR AVEC FILTRE (001)	1	7.00	7.00
PROLONGATEUR (001)	1	7.00	7.00
SERINGUE 10CC RR (100)	6	2.00	12.00
SERUM G5 100ML INJECTA (50)	4	30.00	120.00
SERUM SALE 0.9 500ML INJECTA (12)	4	15.00	60.00
Sous-Total médicaments			1 267.90
<i>(*) Conditionnement hospitalier</i>		Total pharmacie	1 267.90

CLINIQUE SPECIALISEE AU
Oto Rhinolaryngologie
Chirurgie Cervicofaciale
se Jour 15 - 20 050 Casablanca
T 090002137