

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.

M22- 0038173

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1572 Société : Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUNIR TA HARI

Date de naissance :

01 01 38

Adresse :

Groupe B. Bld. 91 n° 13 El Oulfa
Casablanca

Tél. 06 58 06 92 57

Total des frais engagés : 338,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

21.02.23

Nom et prénom du malade :

Age: 10.02.47

Lien de parenté :

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rombolyses

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 : 01/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Mfz

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
21/02/2023		OS		<div style="text-align: center;"> 21 - 02 - 2023 Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca - Rue de Sijilmassa Hôpital Hassan II - Casablanca - Maroc Tél: 0522 39 8280 - Fax: 0522 39 71 19 </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cache du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Annexe Montant de la Facture
PHARMACIE DAVID KHALLAD Guita - Casa - Rue 13 El N'fis - N°1 Rue 13 El N'fis - Tél. 622 20 00	21/02/23	338.000

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

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	
				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

21-02-23

Jane Mounir KALTOUN

100,05

Ketum pd

SV

KETUM 2,5 % gel
tube doseur de 120g
PPV 100 DH

53.1 ^ April x 2 | 2

21 Debashree
66, 84¹4 x

Velkorein

of Ixor dog

Mrs. Trepeth

**PTT PHARMACEUTIQUE
Sofia KHALLALO**
Docteur en Pharmacie
85, N°1 Rue 13 El Wifak 1 -
822.90.14.24
Oulja - Casa Tél:

LOT: M22080
EXP: AVR 12/2026
PPV: 66,80 DH

IXOR® 20 mg

شارع سيدي عبد الرحمن، نواوية زنقة سجلماسة، حي الهناء، الدار البيضاء، المغرب

Boulevard Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmassa, Hay El Hana, Casablanca - Maroc

 (+212) 5 22 39 69 60 / 61/62/63/64 (+212) 5 22 39 71 19 @contact@oceanicclinic.ma

Call us at 0121/3223377, 0121/322337715 | contact@oceanicclinic.in



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le : 21/02/2023

Facture N° 1698/23

Etablie par FATIHA ACCEUIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3B211237

N° Identifiant : 23021339/23

Nom & Prénom : MOUNIR KALTOUM

C.I.N. :

Date Début : 21/02/2023

Date Fin : 21/02/2023

Adresse :

Traitemet : Consultation

Médecin : BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL

Prestations

Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-----	---------	------	------	---------

SEJOUR

Frais clinique	1	100,00			100,00
Total Rubrique :					100,00

PARTIE CLINIQUE :

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL(ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	300,00			300,00
Total Rubrique :					300,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

TOTAL FACTURE	400,00
----------------------	---------------

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Quatre cents Dirhams

Cachet et signature

