

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.

M22- 0035479

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4828 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

CHAKIB M

AS9898

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0661453439

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. Saadia LAFAI
Professeur Agrégée
Hématologie - ORCOTologie
CLINIQUE AL MADIN
Tél: 05 22 77 77 40 à 47

Date de consultation : M / 04 / 2023

Nom et prénom du malade : MAALIAE FAOUZIA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Higclome Multiple

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

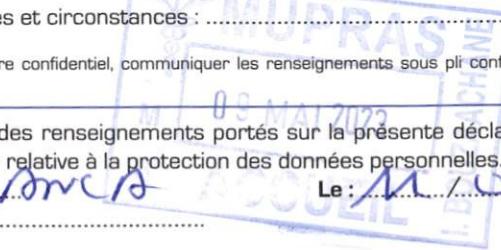
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : M / 04 / 2023

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
11/04/83			contrôle	J. Saadie Praticien Hématologue CLINIQUE AL MAJLIS Tel: 05 22 77 77 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
NAFIS Radiologue & Imagerie Médicale ICE : 092620012000030	12/4/83	RX THORACIQUE FACE	200.000 Dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

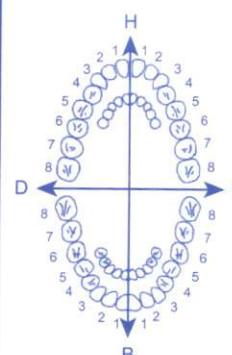
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

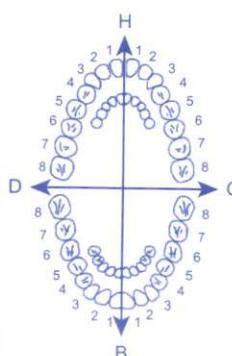
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



(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



Docteur Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes-Enfants
Oncologie pédiatrique
Greffé de Moelle

الدكتورة السعدية زفاص

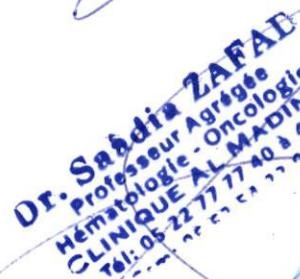
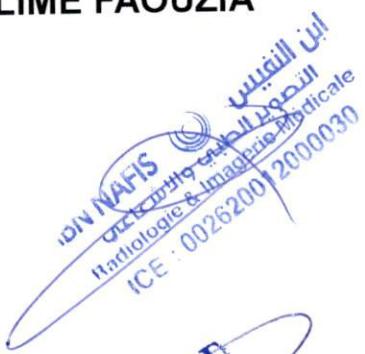
أستاذة ميرزة
أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, le.....

11 avril 2023

MME HALIME FAOUZIA

Rx poumon de face





CASABLANCA, le 12/04/2023

PATIENT : HALIME FAOUZIA**MEDECIN TRAITANT** : PR ZAFAD Saadia**RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE****RESULTATS :**

- Transparence normale des deux champs pulmonaires.
- Atélectasie en bande de la pyramide basale droite.
- Silhouette cardiomédiastinale sans anomalies.
- Culs de sacs pleuraux libres.

Merci de votre confiance
Dr BELAAROUSSI

IBN NAFIS
التصوير الطبي والأشعاعي
Radiologie & Imagerie Médicale
ICE : 002620012000030

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2304171242560160 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
H2303818	HALIME FAOUZIA	17/04/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	CB 006577 HALIM ISSAM	2 000,00
MUPRAS	Total payé	2 000,00
DEUX MILLE DIRHAMS		

Reçu établi par : HANANE

*CLINIQUE AL MADINA
CAISSE
132, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax : 05 22 26 00 01 (L.G.)*



FACTURE N°:	Note d'honoraire
DATE FACTURE	12/04/2023
DATE EXAMEN	12/04/2023

HALIME FAOUZIA

Désignation	Montant
RADIOGRAPHIE THORACIQUE FACE	200,00
<u>TOTAL</u>	200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de **DEUX CENTS DHS**

ابن النفيس
التصوير الطبي والأشعاعي
IBN NAFIS
Radiologie & Imagerie Médicale
ICE : 002620012000030