

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

W21-847403

Condémentarie

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 13161

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Fouzi Abbe

Date de naissance :

07/12/1990

Adresse :

MS BD ONAR AL KLYAM, Casablanca

Tél. :

0662558881

Total des frais engagés : F 1176,180 F Dhs

Autorisation CNOP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Khamlachi Soutaina Age: 35 ans

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 :

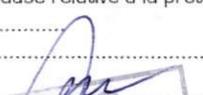
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 22/03/24

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHESIVE

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT

Agent : KHAMLACH SOUKAINA
 Bénéficiaire : KHAMLACH SOUKAINA
 N° Dossier : 16482268

Matricule/RCAR : H7630
 Date de Règlement : 02/01/2024
 Médecin Traitant : HAMOUMI CHAVET LILIA

Actes médicaux	Frais engagés (Dh)	Montant non remboursé (Dh)	Montant remboursé (Dh)
ANALYSES BILOG	159.00	0.00	150.00
CONS SPECIAL ECHOGRAPHIE	600.00	0.00	350.00
MEDICAMENTS NR ANAM A REGLER	179.80	0.00	143,84
PHARMACIE N.R	238.00	0.00	0.00
TOTAUX	1 176.80	0.00	643.84

Total de règlement (Dh) : 643.84

Fait à Casablanca, le : 16/03/2024



Dr. Lilia HAMOUMI CHAUDET
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Suivi des grossesses normales et à haut risque
Accouchement
Echographie Gynécologique et Obstétricale
Chirurgie Gynécologique
Coeliochirurgie - Hystéroskopie - Colposcopie
Maladies et Cancer du sein
Ménopause
Infertilité du couple



الدكتورة ليلية حمومي شوقي
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

رعاية ومراقبة الحمل

التوليد

الفحص بالصدى الصوتي

جراحة أمراض النساء

التشخيص والجراحة بالمنظار

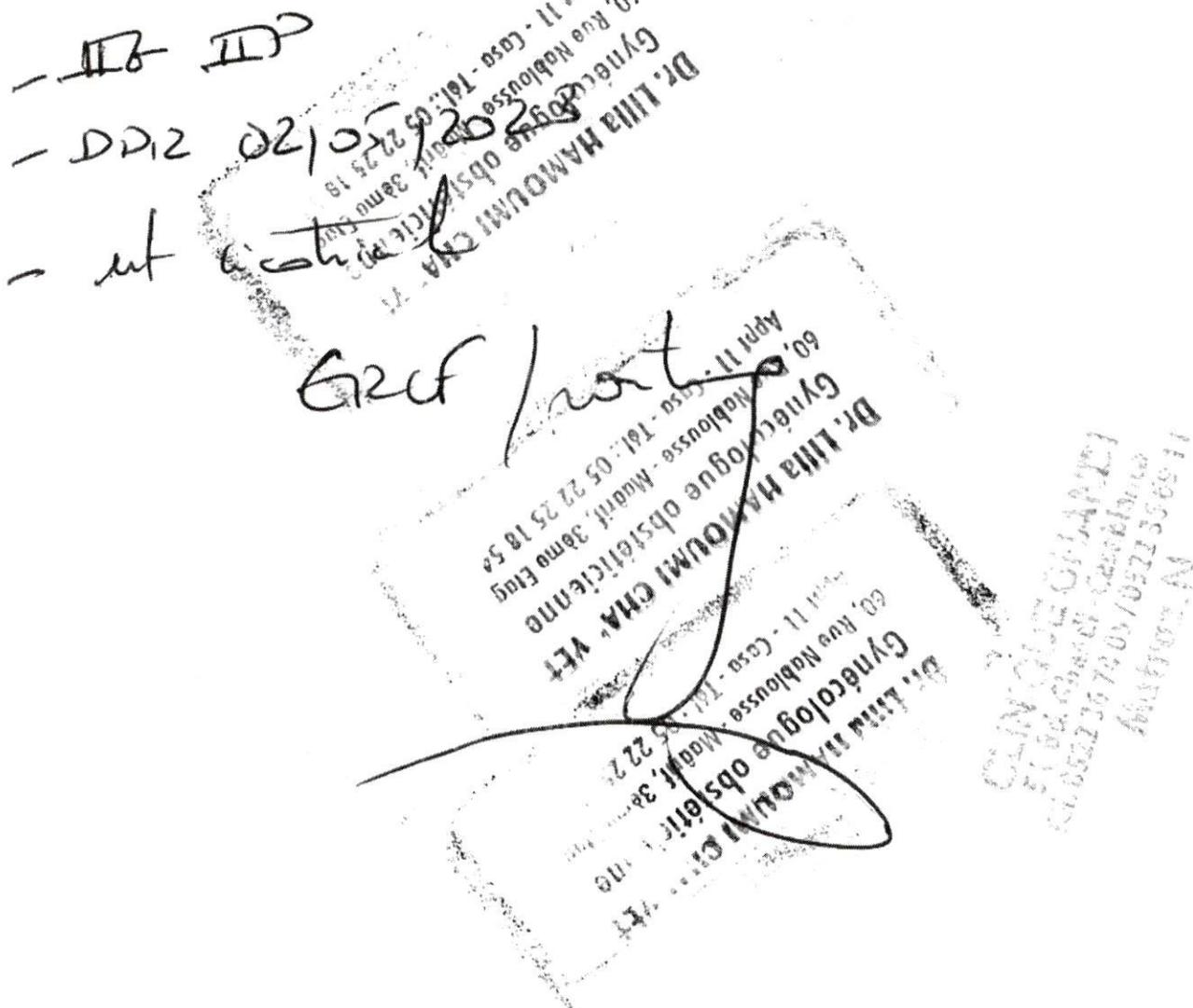
جراحة أمراض وسرطان الثدي

سن اليأس

العقم للزوجين

Ordonnance

Casablanca le : 19.01.2024. الدار البيضاء في :
Mme/Mlle : KHANACH SOUKAINA.



60 زنقة نابلس الطابق 3 - شقة 11 - معاريف - الدار البيضاء

60, Rue Nabrousse - 3ème étage - Appt 11 - Maarif Ext. Casablanca

E-mail : hamoumichauvetlilia@gmail.com - Tél.: 05 22 25 18 54



Casablanca le : 25-01-2024

Reçu de paiement

A Mme/Mr..... ICHAM L Abla S. K. M. A.

Nous, soussignés Clinique Ghandi avoir reçu la somme de..... 100,00

Cette somme a été reçue pour :

..... مصاريف
..... Medical

Le paiement a été fait par :

- Chèque
- Espèce
- Carte Bancaire

SIGNATURE

Nom

41

42

43

44

Hopital 45
Nom

46

Freq 240 rpm

PSG 1 cm/min

ID 47013001

25/01/24

KHAMLAH

SOUKAINA

PSG 1 cm/min

ID 47013001

30-11 47 13.46

13.52

13.58

14.04

14.10

14.22

30-15-47 14.27

14.33

14.15

14.18

14.21

14.24

14.32

DETAL DES SOINS (À remplir par le médecin)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Nature et coefficient	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien
19.01.2024	Gynécologie	Br. Ultra sondeur	100	Dr. Anna Maria Gynecologiste et obstétricienne
60, Rue Noblouy	Gynéco	Rue Noblouy	100	Br. Anna Maria Gynecologiste et obstetrienne
April 11	2024	April 11	100	60, Rue Noblouy - Mod. 25 12 5

RÉSERVÉ HÔPITAL ET CLINIQUE (Joindre facture détaillée et acquittée)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Acte	Durée séjour	Montant honoraire

EXÉCUTION DES ORDONNANCES (À remplir par le pharmacien et/ou l'opticien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien et/ou de l'opticien attestant le paiement de la facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date de l'ordonnance	Coefficient / valeurs	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue attestant le paiement de la facture
21.01.	Mourning	100	
22.01.			

ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX - AUXILIAIRES MÉDICAUX

Devis Nombre de séances : Etabli le :

Facture Nombre de séances : Etablie le :

Date des soins	Nombre	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL

Médecin contrôleur

--

Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt

Exemplaire à conserver par l'agent

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Etablir une feuille de soins par personne et par maladie

- La feuille de soins doit comporter les cachets du médecin traitant, le nom et le prénom de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du médecin traitant.
- La feuille de soins doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives : factures des examens effectués ainsi que les résultats et comptes rendus y afférent qui doivent être mis sous pli confidentiel.
- Le nom et prénom de la personne malade doivent obligatoirement être portés par les praticiens eux-mêmes, sur chaque pièce transmise.
- Toutes les pièces concernant une maladie doivent être remises dans les trois mois au plus tard suivant la date d'ordonnance médicale.
- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, lieu, date et heure.
- Les prospectus et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la feuille de soins doit être accompagnée d'une facture acquittée sur laquelle devront être précisés, s'il ne s'agit pas d'un forfait, la cotation des actes, la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de la pharmacie.
- Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie sont conservés.
- Tout dossier retourné pour complément d'information doit être retransmis dans un délai de 3 mois à compter de la date du retour.
- Les documents et informations ayant un caractère confidentiel doivent être transmis sous pli fermé à l'attention du médecin contrôleur.
- ALD-ALC : Afin de pouvoir bénéficier des avantages, en terme de remboursement, correspondants à cette catégorie, l'adhérent doit déclarer la maladie en remettant les pièces suivantes : 1-formulaire d'examen ALD-ALC 2-pli confidentiel du médecin traitant précisant la nature de la maladie 3 - les résultats des explorations.
- Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'agent doit produire annuellement un certificat de scolarité (au début de chaque année scolaire) ainsi qu'un acte de naissance et un certificat de célibat.
- Les surcharges du nom, de la date de consultation ou des montants engagés non amendées par cachet du médecin, ne sont pas acceptées.

الجمع الشفيف للغوصيات



FEUILLE DE SOINS ET DE PRESCRIPTIONS MEDICALES

N° 31534472

A

Agent en activité Agent en retraite

Maladie Maternité ALD - ALC Accident Médecine de travail

REmplir par l'AGENT (Ainsi que les deux volets intérieurs)

Nom et prénom de l'agent : Kramlach Soukaina

N° RCAR : MA 103231 Matricole : H 76 30

N° CIN : MS BD 27 APR AR Khyam Elgapti 8
Adresse de l'agent : Hay Raja Casablanca

Ville : Casablanca

N° Tél. : 0673663614

Signature de l'agent

A Casa le 05/02/24

REmplir par le Médecin (Renseignements concernant le patient)

Qui est malade ? Agent Agent Retraité Conjoint Enfant

Nom et prénom du patient : KHAIRI WELLOU SOUKAINA

Date de naissance :

Nature de la maladie à préciser obligatoirement sous pli confidentiel, adressé au médecin contrôleur

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : Suivi de grossesse

Médecin traitant :

N° INP : 031813111

8c



VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

31534472

Matricule : _____
N° RCAR : _____
Nom et prénom de l'agent : _____
Date de consultation : _____
Total des Frais engagés : _____
Date de dépôt : _____
Exemplaire à conserver par l'agent



VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

31534472

Matricule : _____
N° RCAR : _____
Nom et prénom de l'agent : _____
Date de consultation : _____
Total des Frais engagés : _____
Date de dépôt : _____
Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt