

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Ali Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-483024

Dos n°

11180.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08601

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KASSIA Abdelline

Date de naissance :

13.07.59

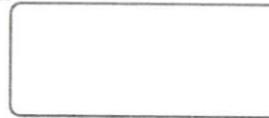
Adresse :

0660245282

Tél. : Total des frais engagés : 337 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

FERDOWS KASSIA

Age :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements pli confidentiellement 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 :

Front(e) : N

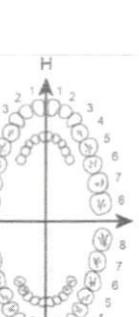
Le :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin et/ou le Cabinet des Actes
22/10/10			237,00	Dr. AMMOR AZIZ RÉANIMATEUR - ANESTHÉSISTE N°10, Hay Anas 32 route Ain Chkef, FES
			300,00	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		INP : <input type="checkbox"/>		
		Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>		
		Montants des soins <input type="checkbox"/>		
		Début d'exécution <input type="checkbox"/>		
		Fin d'exécution <input type="checkbox"/>		
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B <input type="checkbox"/>		
		Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>		
		Montants des soins <input type="checkbox"/>		
		Date du devis <input type="checkbox"/>		
		Date de l'exécution <input type="checkbox"/>		
SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION				



مصحة الرazi

CLINIQUE AR-RAZI

ORDONNANCE

Rez le

22/10/2019

Médecin Traitant :

Nom :

Prénom :

DR AMMOR AZIZ
RÉANIMATEUR - ANESTHÉSISTE
N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES
GSM : 06 61 45 76 50 - 06 61 46 76 98 - E-mail : cliniquearrazi@gmail.com

1/ Sohprel 20mg
Scp x 3/j po k (j) femme

2/ Mag 2 :

~~Mag 1~~ le soir

DR. AMMOR AZIZ
RÉANIMATEUR - ANESTHÉSISTE
N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES

CLINIQUE AR-RAZI
N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES
Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89 - Fax : 05 35 96 86 69
GSM : 06 61 45 76 50 - 06 61 46 76 98 - E-mail : cliniquearrazi@gmail.com



مصحة الرazi

CLINIQUE AR-RAZI

DATE: 22/10/2019

NOTE D'HONORAIRE

Nom Médecin : Dr. AMMOR AZIZ

Adresse Professionnelle:

Ville Professionnelle : Tél :

Spécialité : ANESTHESISTE REANIMATEUR

I.F. :

Taxe Prof. :

N° C.N.S.S. :

N° Facture : 4961/19

N° Dossier : X9J2212816

Patient : KASSID FERDAWS

Montant honoraire : 300.00

CLINIQUE AR-RAZI
N° 10, Hay Anas 2, Route Ain Chkef - FES
Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89 - Fax : 05 35 96 86 69
Fax : 05 35 96 88 69
GSM : 06 61 45 76 50 - 06 61 46 76 98 • E-mail : cliniquearrazi@gmail.com

Dr. AMMOR AZIZ
RÉANIMATEUR - ANESTHÉSISTE
N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES
GSM : 06 61 40 05 40



مصحة الرazi

CLINIQUE AR-RAZI

Clinique AR-RAZI

Fes Le : 22/10/2019

Détail Facture N° 4961/19						Page	1/1		
A. Identification									
N° Dossier : X9J2212816						N° Identifiant : 191010927/19			
Nom & Prénom : KASSID FERDAWS									
C.I.N. : 548788									
Adresse : FES									
Traitement : Acte medical									
Code	Qté	Unité	Prestations		Prix	Taux	Montant		
PHARMACIE									
6568998	1		VENTOLINE GOUT		30,00		30,00		
					Total Rubrique		30,00		
CONSOMMABLE MEDICAL									
9L12999	1		MASQUE NUBLISATION ADULT ... (1)		100,00		100,00		
0S03301	1		SERINGUES 10 CC (100)		7,00		7,00		
					Total Rubrique		107,00		
TOTAL DETAILS PRESTATIONS									
TOTAL :									
137,00									

CLINIQUE AR-RAZI
N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES
Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89 - Fax : 05 35 96 88 89
Fax : 05 35 96 86 69

I.F : 15185471 - Patente : 13070722 - CNSS : 9949423 ICE : 001632807000032

N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES • Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89 - Fax : 05 35 96 86 69
GSM : 06 61 45 76 50 - 06 61 46 76 98 • E-mail : cliniquearrazi@gmail.com



مصحة الرazi

CLINIQUE AR-RAZI

Clinique AR-RAZI

Fes Le : 22/10/2019

Facture N° 4961/19		Publie par ASSOCIATION		Page	1/1
Identification		N° Dossier : X9J2212816		N° Identifiant : 191010927/19	
Nom & Prénom : KASSID FERDAWS					
C.I.N. : 548788 Date Début : 22/10/2019 Date Fin : 22/10/2019					
Adresse : FES					
Traitemet : Acte medical		Médecin : AMMOR AZIZ			
Prestations		Qté	Prix U.	L.C.	Coef Montant
SEJOUR					
Frais clinique	1	50,00			50,00
		Total Rubrique :			50,00
MEDICAL					
02	1	50,00			50,00
		Total Rubrique :			50,00
CONSOMMABLE MEDICAL					
Consommables médicaux	1	107,00			107,00
		Total Rubrique :			107,00
PHARMACIE					
Pharmacie	1	30,00			30,00
		Total Rubrique :			30,00
PARTIE CLINIQUE : 237,00					
HONORAIRES MEDICAUX					
Dr. AMMOR AZIZ (ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	300,00			300,00
		Total Rubrique :			300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES: 300,00					
TOTAL FACTURE					537,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cinq cent trente sept Dirhams

CLINIQUE AR-RAZI
 N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES • Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89 - Fax : 05 35 96 86 69
 GSM : 06 61 45 76 50 - 06 61 46 76 98 • E-mail : cliniquearrazi@gmail.com

Cachet et signature

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Nom & prénom du malade : Kassid Ferlours

Date d'entrée : 22/10/19

Date de sortie : 22/10/19

Motif d'hospitalisation : Cise d'asthme

Diagnostic : Cise L'asthme

Bilan / biologie / radios :

Résumé clinique : patiente a été mise
sous ventilation + antibiotique
Sortante après bonne amélioration

Dr. AMMOR AZIZ
RÉANIMATEUR - ANESTHÉSISTE
N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES
GSM : 06 61 40 05 40
INPE : 141162149

CLINIQUE DR. RAZI
N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES
Tel : 05 35 96 88 66 / 05 35 96 88 66
Fax : 05 35 96 86 69