

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3188 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : Retraité

Nom & Prénom : AZIZ NABIL D MOHAMMED

Date de naissance : 21/01/1971

Adresse : ALYAS SIDI MOHAMED SOUFIANE 9022372

Tél. : 06 69 33 22 36 CIN : 50 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

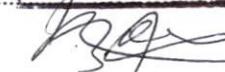
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL



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'autorisation 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 :

- Toutes 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'autorisation 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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 Adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données



Déclaration de Maladie

N° W19-453262

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3188

Société : Rétinante

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AZENNOUR MOHAMED

MOHAMED

Date de naissance : 01/01/51

Adresse : SALMA D. ADEL TOULANE N° 242

Agadir Casablanca

Tél. 06.69 33 27 36

06-15 92 98 33

Total des frais engagés : 530,90 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/07/19

Nom et prénom du malade : Azennoud Mohamed

Age : 68

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : RAU Sur HSP

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Agadir le : 15/07/19

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-453262

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

AZENNOUR

550,90 DH

Matricule : 3188

Nom de l'adhérent(e) : AZENNOUR

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
ASb7119	Dr-Tarj	375 DH		INP : 11223344556677 Tel: 05 35 94 08 08
	mais clinique	507 H		POLYCLINIQUE TAIBA 73, Rue Abdellah Bourguiba Route d'Imouzzer - FES
	Pharmacie	125.90 DH		05 35 73 04 57 Fax: 05 35 57 10 84

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		100.00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

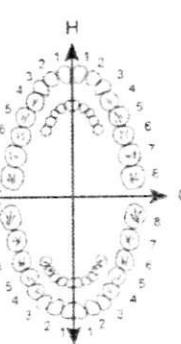
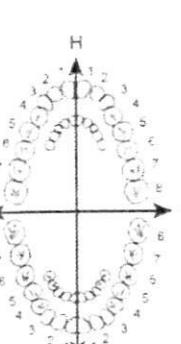
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d'exploration.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="border-top: none;">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="border-bottom: none;">B</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553	
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
B																
35533411	11433553															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



F A C T U R E

N° 1722 / 2019 du 12/09/2019

Nom patient	AZENNOUD MOHAMED	Entrée 15/07/2019	Sortie 15/07/2019
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
FRAIS CLINIQUE	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	50,00
PHARMACIE	1,00		125,90	125,90
			Sous-Total	125,90
Total Frais Clinique				175,90
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. TAZI KARIM (urologue)	1,00		375,00	375,00
			Sous-Total	375,00
Total prestations externes				375,00

		Total général	550,90
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <i>CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX CENTIMES</i>			

	Espèces	Chèque			Total encaissé	Solde
Encaissements	0,90	550,00			550,90	0,00

Ref Chq : 0106620904500172/



شارع مولاي عبد الله حي بورمانة، طريق إيموزار - فاس
 73, Av Moulay Abdellah Hay Bouramana Route d'Imouzzer, Fès

ICE : 001216963000070
 IF: 18729310
 Patente: 13251780
 CNSS: 5818185

05 35 65 64 97- 05 35 73 04 57
 polyclinique.taiba@outlook.fr

Le : 15/07/2019

Références

1 722 / 190726101646350006
PAYANT

Entrée / Sortie : 15/07/2019 - 15/07/2019

Le Dr. TAZI KARIM

présente à Mr AZENNOUD MOHAMED

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
375,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Espèces



Cachet et signature

CLINIQUE TAIBA

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

12/09/2019

12:28

Nom Patient :	AZENNOUD MOHAMED	Numéro dossier : 19G261013			
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
15/07/2019	SONDE SELICONE	0	1,00	60,00	60,00
15/07/2019	SAC A URINE	0	1,00	20,00	20,00
15/07/2019	SERUM SALE 9% #CT 100ML INJECTA (01)	0	1,00	10,30	10,30
15/07/2019	BETADINE	0	1,00	15,60	15,60
15/07/2019	COMPRESSE	0	2,00	5,00	10,00
15/07/2019	GANTS STERILE 7.5	0	1,00	10,00	10,00
				Total pharmacie	125,90



CLINIQUE TAIBA
PHARMACIE
Dr. ALAI IL HAME DANE KENZA
J.H. Responsable
Tél: 05 35 73 04 57

CLINIQUE TAIBA

ICE: 001216963000070

FES

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 15/07/2019 Heure 10:13

Nom et Prénom du patient Mr AZENNOUD MOHAMED Age ou Date Naissance 69 - 01/01/1951

N° Cin du patient ou du tuteur C106322

Adresse

Téléphone .0569332736

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant FADIL MILOUDI

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0

Motif d'hospitalisation RETENTION AIGUE URINE

Affiliation à une couverture maladie NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 15/07/2019 Heure 10:22 Durée d'hospitalisation (jours) 0

Nom et prénom du signataire

POLYCLINIQUE TAIBA
73, MLY ABDELLAH, HAY BOURAMANA
Rouiba - 05356497 - FES
Signature
Fix: 0535730457 - Fax: 053563127
JIPÉ - TAN 0063127



Fes le : ١٥/٠٧/٢٠١٩ فاس في :

تقرير الإستشفاء

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Dr . Karim TAZI

Chirurgien urologue

Av. Al Abdellah Hay Bouramana, Fes

Immeuble N° 8, 2^{ème} étage

Tel : 05 35 65 64 97 - 05 35 73 04 57

INPE : 141226829

Tél : 05 35 94 08 08

الإسم والنسب : Dr. Mohamed Nom et prénom Patient :

تاريخ الدخول : ١٥/٠٧/٢٠١٩ Date d'entrée :

تاريخ الخروج : ١٥/٠٧/٢٠١٩ Date de sortie :

سبب الإستشفاء : Dr . Karim TAZI Motif d'hospitalisation :

الطبيب المعالج : Dr . Karim TAZI Médecin traitant :

التقرير : Compte rendu :

Patient admis dans un tableau de rétention aiguë d'urine quelques jours après une chirurgie de la prostate. TR : prostate totale simple. Sonde urinaire.

Patient mis sous arblant

