

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.

Biologie 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.

Education :

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

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.

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



MUPRAS
RECEPTION

May
jouel

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023667

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1146 Société : Rasme

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Ouhmali Maha Date de naissance : 1948

Adresse : 46 Rue Sallam El houda Berchid

Tél. : 06 11 89 27 51 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berchid
Tél. 0522 32 48 47

Date de consultation : 24/09/2015

Nom et prénom du malade : Ouhmali Maha Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affec... : oculaire

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 : Berchid Le : 16/10/2015

Signature de l'adhérent(e) : ... Boucail

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
24/09/2015	g de preams thine		300DH	<i>Dr. MEDI LAHBABI</i> Médecin Reconnu par la République

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
<i>CLINIQUE AL MADRA Caisse Angle Rue Med Bahi et Rue Mansour Quartier Palmier - Casablanca Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01</i>	24/09/2015	Bis	300,00 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 de l'os.

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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1 er étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)
التخطيط الوعائي للشبكة - الميزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع
الطابق الأول - برشيد
الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

24/09/19

ashbihi MATHJEDAR

S. S. A

- Biometrie (ODS)

CLINIQUE AL MADINA
Caisse ③
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmier - Casablanca
Tél: 05 22 77 4046 - Fax: 05 22 25 00 01

Dr. SOUMAYA CHEBIHI HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibn Nafii Berrechid
Tél. 05 22 32 48 47

FACTURE

N° : 6181 B / 2019 du 24/09/2019

CPA

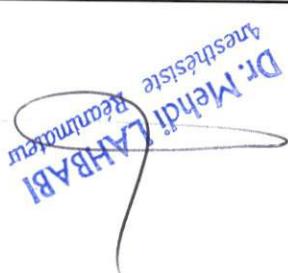
Nom patient OUHMI MAHJOUBA
PAYANT

Entrée 24/09/2019
 Sortie 24/09/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	CPA	1,00	150,00	150,00
			<i>Sous-Total</i>	150,00
Total Clinique				150,00
DR. LAHBABI MEHDI (anesthesiste)	CPA	1,00	150,00	150,00
			<i>Sous-Total</i>	150,00
Total Autres prestations				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00



Dr. Mehdi Lahbabi
Anesthésiste Réanimateur

CLINIQUE AL MADINA
Caisse ③
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmier - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01

FACTURE

N° : 6180 B / 2019 du 24/09/2019

BIOMETRIE

Nom patient	OUHMI MAHJOUBA	Entrée	24/09/2019
	PAYANT	Sortie	24/09/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BIOMETRIE	1,00		300,00	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

CLINIQUE AL MADINA
 Caisse ③
 Angle Rue Med.Bahi et Rue Mansard
 Quartier Palmier - Casablanca
 Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01