

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.

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

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



Déclaration de Maladie : N° P19-0017528

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 828 Société : RAM MUPRAS
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL OMARY CHITA Date de naissance : 07/01/49
Adresse : Ros. HANA IM 0 Apt 2 Bte EL TANNA 20390 CASABLANCA
Tél. : 0522 43 24 13 Total des frais engagés : 2.107 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/11/2019
Nom et prénom du malade : EL OMARY CHITA Age : 70
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Anémie
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non

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 : 15/11/2019
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



RELEVÉ 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
15/11/19	Consultation			
15/11/19	Vente		1800 DH	
18/11/19	Vente		1800 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/19	507,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

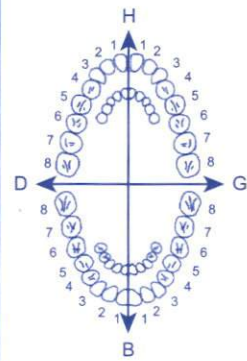
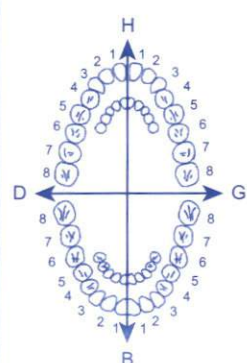
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Hématologie & Oncologie

مصحة المدينة

مركز أمراض الدم والأنتكولوجيا

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinoopathie - Déficit Immunitaire
Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur
Rx Conventiennelle - Echographie

ORDONNANCE



26/11/18

Mari Ghite

507,00



Venofer 100 mg

صيدلية الإقامة
PHARMACIE LA RÉSIDENCE
Dr. ZOUHRE Hassan
149, Anglophone Résistance
et Rue L'abeille - Casablanca
Tél: 05 22 44 57 50

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Gsm: 06 62 54 23 07

Dr. Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes - Enfants
Oncologie Pédiatrique
Greffe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاض

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, Le : 15/11/2019
A Mary Ghita

1) Venise 700 mg
(1 boîte de 5)

1 boîte le 15/11/19 { voir factures ci-jointes
1 boîte le 18/11/19

Dr. Saadia ZAFAD
Clinique Al Madina
Oncologie Pédiatrique

CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Hématologie & Oncologie

مصحة المدينة

مركز أمراض الدم والأنتكولوجيا

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinoopathie - Déficit Immunitaire
Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur
Rx Conventiennelle - Echographie

F A C T U R E

N° : 8431 B / 2019 du 15/11/2019

VEINOFER

Nom patient EL OMARY GHITA

Entrée 15/11/2019

PAYANT

Sortie 15/11/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
VEINOFER	1,00		800,00	800,00
			Sous-Total	800,00
Total Clinique				800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS

Total

800,00

CLINIQUE AL MADINA ②
FACTURATION
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 0522.77.77.40 à 49 (L.G)
Fax: 0522.25.00.01

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinoopathie - Déficit Immunitaire
Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur
Rx Conventiennelle - Echographie

F A C T U R E

N° : 8489 B / 2019 du 18/11/2019

VEINOFER

Nom patient **EL OMARY GHITA**
PAYANT

Entrée 18/11/2019
Sortie 18/11/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
VEINOFER	1,00		800,00	800,00
			Sous-Total	800,00
Total Clinique				800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS

Total 800,00

CLINIQUE AL MADINA ②
FAC TURATION
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 0522.77.77.40 à 49 (L.G)
Fax: 0522.25.00.01