

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Éducation :

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 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

Déclaration de Maladie : N° P19-0017528

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : E.2.8 Société : RAM MUPRAS

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL DIAKY GHITA Date de naissance : 07/01/42

Adresse : Rés. HADIA IM. 8. Apt 2 Route EL JAHAYA 80390 CASABLANCA

Tél. : 0522 24 483 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 DIAKY GHITA Age : 77

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Aménorrhée

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Féminisation

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 : CLINIQUE ALLAI BEN ABDELLAH Le : 15/11/2019

Signature de l'adhérent(e) : El DIAKY GHITA

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
15.11.19	Conseil			
15.11.19	Visite		1800 Dhs	
16.11.19	Venexia		800 Dhs	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RÉSIDENCE Dr. ZEINABE Hassan 149, Anglo-Belgique Hassan 149, Rue Lahcen Ouardou - Casablanca Tél: 0522 44 57 50	14/11/19	507,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

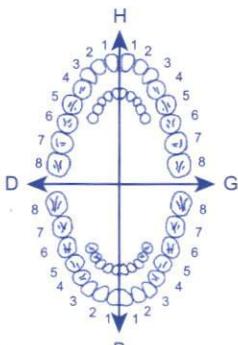
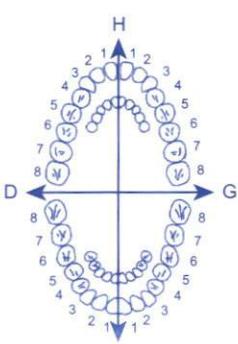
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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	H	G	Coefficient des Travaux
		25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
		B		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

ORDONNANCE



507,00



Venofer 100 mg

صيدلية
PHARMACIE LA RÉSIDENCE
Dr. ZOUHRA Hassan
149, Anglo Marocaine la Résistance
et Rue Laibon - S'addor - Casablanca
Tél: 05 22 77 57 50

Dr. Saâdia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tel: 05 22 77 77 49
Gsm: 05 62 56 23 07

Dr. Saadia ZAFAD

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

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

a Dr. Saadia ZAFAD Casablanca, Le : 15/11/2019

1 Venoflor 750 ml
(1 bkt = 5)

1 boîte le 18/11/19
1 boîte le 18/11/19 } von factures ci-jointes

Dr. Saadia ZAFAD
Centre d'Hématologie et Oncologie - Clinique Al Madina

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire
Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur
Rx Conventionnelle - 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
			<i>Sous-Total</i>	800,00
			Total Clinique	800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS	Total	800,00
--------------------	--------------	---------------

CLINIQUE AL MADINA (2)
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
tél: 0522.77.77.40 à 49 (LG)
fax: 0522.25.00.01

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire
Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur
Rx Conventionnelle - 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
Total Clinique				800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS

Total **800,00**

