

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.

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.

Prothèse :

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° P19-0032582

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2582 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ?

Nom & Prénom : Houri Abderrahmane

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : 90, Residence Nou Amira

my Abdellah / EL Jaidi

Tél. : 0672835137 Total des frais engagés : 479,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Clinique
RIF

Tekouan

Date de consultation : 26/11/2019

Nom et prénom du malade : [Voir détails sur page incluse] Age : 71 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Intoxication au CO2

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 : Casablanca Le : 03/12/19

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

03 DEC 2019

ACCUEIL

28/11/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

JM & Prénom : **HOURI Abderrahmane** Téléphone : **06 72 83 5137**
 Fonction : **Retraité** Médicament : **2582** Mail : **ahouri@yahoo.com**
 Signature de l'adhérent : *[Signature]*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

JM & Prénom patient : **B. HAZLADE Achir** Age : **10.05.1969** Date de la première visite : **10.05.1969**
 Nature de la maladie : **Intoxications Cor.**
 Agit-il d'un accident : Causes et circonstances : **Cor.**
 Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
 Signature du médecin traitant : *[Signature]*

RELEVÉ DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN

Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
26-11-2019	C.	Consultation	130.00
	P.C	pharmacie	308.80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Dates	Montant de la facture
27/11/2019	78.80

Cachet du Pharmacieur ou du Fournisseur : *[Cachet]*
 Pharmacie Tamouda Bay
 Av. Mohamed V N° 30
 Centre ville M'Dina

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Dates	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

Cachet du Pharmacieur ou du Fournisseur : *[Cachet]*

AUXILIAIRES MEDICAUX

Dates	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	

Cachet du Pharmacieur ou du Fournisseur : *[Cachet]*

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
 Veuillez fournir une facture.
 Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Date du devis
				Fin de l'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires
 Détermination du coefficient mastocatoire
 H 25533412 21433552
 D 00000000 00000000
 00000000 00000000
 35533411 11433553
 B
 (Création, Remont, adjonction)
 Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

CLINIQUE RIF

MEDICO - CHIRURGICALE
CHIRURGIE GENERALE - GYNÉCO - OBSTÉTRIQUE
TRAUMATOLOGIE - ORTHOPÉDIE
NEURO - CHIRURGIE - ORL - OPHTALMO
SPECIALISTES MÉDICALES
RADIO - SCANNER
URGENCES 24/24 HEURES



مصحة الريف

طبية جراحية
الجراحة العامة - طب النساء والولادة
جراحة العظام والمفاصل
جراحة الدماغ - الأذن والأنف والحنجرة - طب العيون
الإختصاصات الطبية
الراديو والسكراتير
المستعجلات 24/24 ساعة

Tétouan le: 22/11/19
Tétouan في
Phazlane, Siclic



40,80

1) Motilium
mes

81,40

2) Omeprazole
u gel

3800

3) Valium
u gel

7880

Pharmacie Tahmouda Bay
Av. Mohamed V N°30
Tétouan
EL HADRI MOHAMED
D'Espérance

Adresse: 242, Avenue des F.A.R - Tétouan

Tél.: 05 39 99 91 42 / 43/44 - Fax: 05 39 99 91 45

العنوان: 242, شارع الجيش الملكي - تطوان

الهاتف: 05 39 99 91 42/43/44 - الفاكس: 05 39 99 91 45

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : RHAZLANE AICHA	N° Facture 10 027	19K270054
------------------------------	-------------------	-----------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
APOTEL PARACETAMOL SOLUT. (10)	1	30.00	30.00
AZANTAC INJ (05)	1	15.00	15.00
CLOPRAM 10 MG 2 ml INJ (10)	1	6.00	6.00
SERUM SALE 9% SOLUT. (01)	1	21.00	21.00
Sous-Total médicaments			72.00
GLOCOMEN (001)	1	10.00	10.00
HYPAFIX 10*15CM (020)	1	7.50	7.50
INTRANUL G22 100	1	22.00	22.00
LANCETTE (001)	1	3.00	3.00
LUNETTE OXIGENE (001)	1	30.00	30.00
PERFUSEUR A/F (001)	1	12.00	12.00
SERINGUES 5 CC (001)	1	2.00	2.00
Sous-Total consommable médical			86.50
Total pharmacie			158.50



CLINIQUE RIF

MEDICO -CHIRURGICALE
242, Avenue des FAR TETOUAN
039 99.91.42/43/44 Fax :039 99 9145

F A C T U R E

N° 10 027 / 2019 du 26/11/2019

Nom patient	RHAZLANE AICHA	Entrée	Sortie
		26/11/2019	26/11/2019
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PART CLINIQUE	1.00		100.00	100.00
OXYGENE	1.00	O2	50.00	50.00
			Sous-Total	150.00
PHARMACIE	1.00		158.50	158.50
			Sous-Total	158.50
Total Frais Clinique				308.50

	Total général	308.50
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT HUIT DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	308.50				308.50	0.00

