

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVIER 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.

macie :

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.

que :

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.

aire :

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.

die 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- 047115

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02470

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHLIH AMINA

Date de naissance :

Adresse : 150 Rue Abou Zayd Sadoussi
MAARIF

Tél. : 0649091568

Total des frais engagés : 738,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR TAGHOUTI Brahim
Médecin Général
70, Rue de Normandie Maârif
Casablanca - Tél: 05 22 25 59 32

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHLIH AMINA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA + Rhume en phase catarrale

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 : 04/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-047115

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 02470

Nom de l'adhérent(e) : CHLIH

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 04.05.2020

538,90

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 31/3/2020 | C. 01 | 200 32 | | Docteur TAGNAOUTI Médecin Généraliste 70, Rue de Normandie Maârif Casablanca - Tél: 05 22 25 59 32 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| | 31/3/2020 | 538,90 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

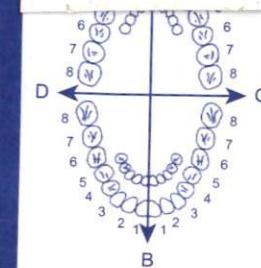
71,50

75,20

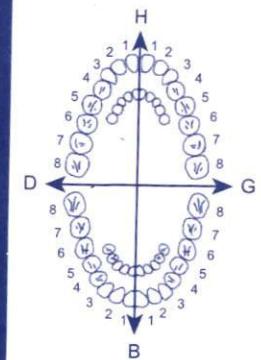
71,50

76,20

LOT : CT008E
PER : 07 2024
PPV : 64 00



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

| | |
|-------------------------|---|
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | 48,10 |
| MONTANT DES SOINS | 6 118000 1 |
| DEBUT D'EXECUTION | Rhumix® Boîte de 10 sachets P.P.V. : 22 |
| FIN D'EXECUTION | 6 118000 1 |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | Rhumix® Boîte de 10 sachets P.P.V. : 22 |
| DATE DU DEVIS | 6 118000 1 |
| DATE DE L'EXECUTION | 6 118000 1 |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 0 | 01 200 00 | | Docteur TAGNAOUTI Bla Médecin Généraliste 70, Rue de Normandie Maârif Casablanca - Tél.: 05 22 25 59 32 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| du Pharmacien | Date | Montant de la Facture |
|---------------|-----------|-----------------------|
| | 31/3/2020 | 538,90 |

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

| et signature du Docteur et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

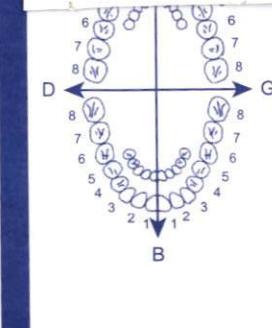
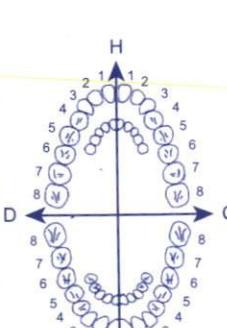
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

DRIFAT

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

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|----------|-------|-------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|
| 71,50 | 75,20 | 71,50 | 76,20 | 48,00 | | | | | | | | | |
| <p>LOT : CT008E PER : 07 2024 PPV : 64 00</p>  | | | | | | | | | | | | | |
| <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  | | | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | |
| <p>Coefficient des travaux</p> <p>Montants des soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Date de l'exécution</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p> | | | | | | | | | | | | | |



Dr. TAGNAOUTI Brahim

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Bordeaux
MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif
CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 59 32

الدكتور إبراهيم التكناوتي

خريج كلية الطب ببوردو
الطب العام

70، زنقة نورماندي - المعاريف
الدار البيضاء - الهاتف 05 22 25 59 32

Casablanca, le

31/03/2020

الدار البيضاء، في

Mme Chlef Amna

71,10²
143,00

Hépatic

02 Boites

75,20²
150,40

Ancep 10mg/28

02 Boites

49,80

Flagyl 500

1B

39,70

Fusudine

11x218

1B

64,00

Canstex extra cuvee

22,00²
44,00

Rhum 1g flacon x 218

02B

48,00

Dumazol 16 ml

100

538,90

Docteur TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie Maârif
Casablanca - Tél. : 05 22 25 59 32

Dr. TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie Maârif
Casablanca - Tél. : 05 22 25 59 32