

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

que :

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.

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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3792

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

RETRAITÉ

Nom & Prénom : HASHIM AKBAR HASHAMISHOY

Date de naissance : 12.02.1998

Adresse : 11 RUE JABA BOUJEBLANE C.I.L. CASABLANCA

Tél. : 0663128664, Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

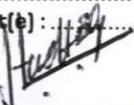
Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

CLINIQUE JEAN ANTOINE
113, AV. AÏT ABBEY
23818 CASABLANCA
Tél. : 0522 22 78 18
Fax : 0522 22 78 19
e-mail : cliniquejeantoine@casablanca.ma

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
30/08/2022	OS	500,-	F. Ch. Dalo	Dr. El KHEITAR Pneumologue 0021 23 19 23 75 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

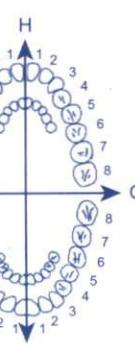
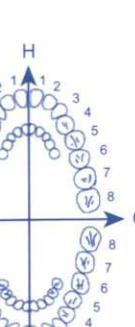
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux
	$ \begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $			Montants des soins
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE



Casablanca, Je

30/03/2020

Patient âgé de 72 Ans

Débuté un tableau dyspnique (Chomphy) .
 HTA
 Hypertolémie .

À la Retour de Dubaï le 10 Mars, présente
 un tableau grippe et tableau d'infection

Neigeante haine des lèvres, une
 pneumopathie lobaire opacifiée.

Un Premier Test PCR avec un résultat
faible // 26/03/2020

Dr. B. M. Dutt

product of $\mathcal{P}(\mathcal{A})$ and $\mathcal{P}(\mathcal{B})$

product in $\mathcal{C}at$

in $\mathcal{C}at$ and \mathcal{A}

product $\vdash \mathcal{P}(\mathcal{A} \otimes \mathcal{B})$ in $\mathcal{C}at$
with hypercube

product of $\mathcal{C}at$ -category

category product

product category

product category

product category

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

Facture N° 04873/20

CASABLANCA Le : 30-03-2020

A. Identification

N° Dossier : CJO20C30173358

N° Identifiant : 025073/20

Nom & Prénom M. HASHAMBHOY HASH M
 : AKBAR

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 30-03-2020

Date Sortie : 30-03-2020

Médecin traitant : DR . EL KHETTAR RACHID

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	FRAIS CLINIQUE		100,00			100,00
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. EL KHETTAR RACHID (PNEUMOLOGIE)		500,00			500,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
SIX CENTS DIRHAMS						
TOTAL GENERAL						
600,00						

Cachet et Signature

DR RACHID EL KHATTAR

DR RACHID EL KHATTAR

DR RACHID EL KHATTAR DR RACHID EL KHATTAR

Dr Rachid El Khattar

DR RACHID EL KHATTAR