

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

rmacie :

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.

tique :

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.

ntaire :

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

La 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.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2153

Société : M 326951

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL BYAR YOUSSEF

Date de naissance : 03/04/1949

Adresse : C 280

Tél. 0668852519

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/09/20

Nom et prénom du malade : EL BYAR YOUSSEF Age : 1969

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 : 10/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
29/06/2020	Consultation	1	10000	 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SACHA Dr. LACHHAZ Nordin Attachante, Sidi Bouzid Tél : 05 22 70 08 113	10/06/2020	142,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	3 P (6/7/2020)	Dax	112€50

AUXILIAIRES MEDICAUX

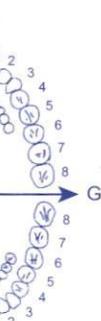
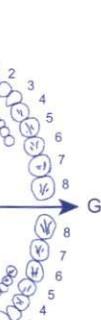
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 00000000 35533411	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000		G 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

30.01.2020

M + RCBAYAN

(O) Le me & (SV)

103,00

Na

V. C. Bump

53,00

Dr. Yasser Busfi
 Dr. Sidi Othmane My Rachid
 Services des urgences
 Centre hospitalier préfectoral
 des arrondissements My Rachid
 Hôpital Sidi Othmane My Rachid
 Dr. KANTAH Noureddine
 Dr. MEDERI Cheikh
 Hôpital Sidi Othmane My Rachid
 DR. LACHAM HASSAN
 Pharmacie Salle
 Ateliers de la Santé
 Casa - Tel: 05 22 70 03 17

Lot.

PPV:

Exp.

8 9 0 0

85,00

09366088/7

LOT: M0468
EXP: FEB 2022
PPV: 85,00 DH

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL
DES ARRONDISSEMENTS MOULAY
RACHID - CASABLANCA



Service des urgences

N° de registre : 56330 N°Hosp :

Date : 30/6/12 Heure :

Nom : _____ Age :

Adresse : EL BABA ADR MAD

Caisse des urgences

Accident de travail

Accident : voie publique

Violence

Brûlure

Imprudence

Maladie

Adressé par T.S.V.P

ROYAUME DE MAROC

Ministère de la Santé

C.H.P. Moulay Rachid Sidi Othmane

Reçu de M.

El Biyani

La Somme de

Quittance

Nº 152953

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
C		40 -
Total		40 -

Cachet du
ServiceEP/6/2
LeSignature du
Régisseur

ROYAUME DE MAROC

Ministère de la Santé

C.H.P. Moulay Rachid Sidi Othmane

Reçu de M.

La Somme de

Quittance

N° 152994

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
Récolte		M 2150-
Pain Total		M 2150-

Cachet du
Service

Le

Signature du
Régisseur

