

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

N° W19-545309

NP:
33172

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

0696

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Samaoui Zaidi

Date de naissance :

02/08/1963

Adresse :

139, Rte DNA Deraoua

Tél. :

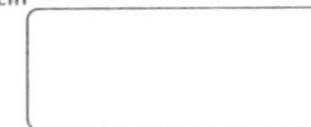
06 71 76 23 46

Total des frais engagés :

894,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

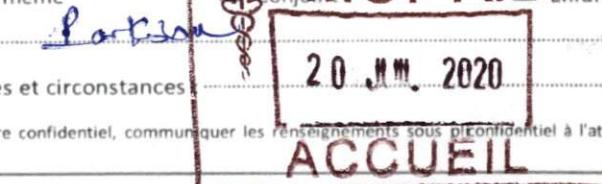


Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Lien de parenté :



Nature de la maladie :

Particular

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'adjudant conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

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
24/06/2020	CS	300,000 H		INP : <input type="text"/> Dr. Hicham OLMANI 103 LOGIQUE EEG / EMG Téléphone : 06 67 17 33 11 INP : 091032391

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

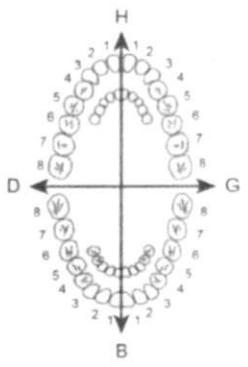
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	SA * 84 8681
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

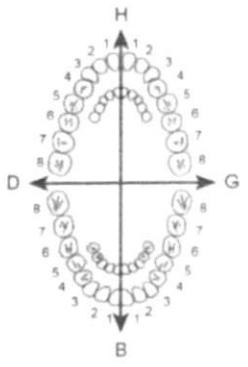
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 24-06-2020

Facture N° 07795/20

A. Identification

N° Dossier : CJO20F24133447

Nom & Prénom : M. SAMAOUI LAIDI

C.I.N :

Adresse : CASA

N° Identifiant : 004204/19

C. Débiteur

page 1/1

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

Date Entrée : 24-06-2020

Date Sortie : 24-06-2020

Médecin traitant : DR . EL OTMANI HICHAM

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. EL OTMANI HICHAM (NEUROLOGUE)		300,00			300,00
Total Rubrique :						
300,00						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						
300,00						

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Cachet et Signature

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOM DU PATIENT : M. SAMAoui LAIDI
DATE DE NAISSANCE : 25/02/1934
CJO20F24133447



Reçu N°: 46664

Paiement du 24/06/2020 13h36

Actes

Montant

300,00 Dh

Type de paiement

Espèce

1 tablet =
200 mg levodopa
50 mg benserazide
as hydrochloride

Distribué par Roche S.A.



Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH

7



6 118001 050697

Ne pas dépasser la dose prescrite

1 tablet =
200 mg levodopa
50 mg benserazide
as hydrochloride

Distribué par Roche S.A.



Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH

7



6 118001 050697

Ne pas dépasser la dose prescrite

1 tablet =
200 mg levodopa
50 mg benserazide
as hydrochloride

Distribué par Roche S.A.



Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH

7



6 118001 050697

Ne pas dépasser la dose prescrite