

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



35083

MSR

Déclaration de Maladie : N° P19- 0009531

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12688

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAFREM Med

Adresse :

Tél. : 0662762521

Total des frais engagés : # 1200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Driss CHBIHI WAHOUDI
15 Bd N° Taoujte,
Résidence Rahia, ET N°4, APPT 7
ICE N°00203554900086 - IF : 14437605
Tél : 05 22 20 10 55

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LAFREM YEL-TYAS Age:

Lien de parenté :

lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Plai du Cachivela

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 :

CMN

Le : 27/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° P19- 0009531

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
14/07/86 Vérification			1200 DH	Dr. Driss CHBIHI WAHOUDI 50, Bd. Abderrahmane Casablanca Tel: 0522 23 18 18 Fax: 0522 23 10 55 Résidence Raphia, Et N°4, APPT 7 ICP N° 0203554900006 - IF: 14437605

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000	G 00000000		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE ATFAL SARL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : .022 23 50 28
IF 01087099

F A C T U R E

N° : **3845 / 2020** du **14/07/2020**

Nom patient **LAFREM MOHAMED ILYAS**
PAYANT

Entrée **14/07/2020**
Sortie **14/07/2020**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		200,00	200,00
			<i>Sous-Total</i>	200,00
PHARMACIE	1,00		200,00	200,00
			<i>Sous-Total</i>	200,00
Total Clinique				400,00
DR. CHBIHI WAHOUDI DR (chirurgien pedia)	1,00	K	800,00	800,00
			<i>Sous-Total</i>	800,00
Total Autres prestations				800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS	Total	1 200,00





مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

Casablanca, Le 16/07/2008

COMPTE RENDU

Nom/Prénom : Lahfiem Hédi Ilyas

Plaie du Cuir chevelu

Suture Sous Anesthésie

lokale en Ambulatoire

Dr. Driss CHBIHI WAHOUDI
1c Bd Ain Taoujoute, ET N°4, APRT 7
Résidence Bahia, ICE N°: 035549000086 - F: 14437605
tel: 05 22 23 10 55

Le : 14/07/2020

Références3 845 / 200715083849007019
PAYANT

Entrée / Sortie : 14/07/2020 - 14/07/2020

Le Dr. CHBIHI WAHOUDI DRSS

présente à . LAFREM MOHAMED ILYAS

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
800,00 Dhs

et le - la prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

Espèces

Cachet et signature



ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : LAFREM MOHAMED ILYAS	N° Facture 3 845	E20G142141	
---	-------------------------	-------------------	--

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
LAME BIS -10 (001)	2	5,00	10,00
TEGADERM FONDU 6cm*7c (100)	1	40,00	40,00
VICRYL 5/0 CT 13 MM (001)	1	150,00	150,00
Total pharmacie			200,00

