

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 |

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-559131

ND: 36039

Optique

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

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'adjudication conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Le : /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-559131

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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

- 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-463903

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4667	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : M ASMOUDI YASMIN			
Date de naissance : 10/01/68			
Adresse : ANGLE ABDOU LA MAAR ET BOL TAN TAN - AS Annem imm 1A pt 303 - Bourgogne - 26290			
Tél. : 067441250	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Dr. CHARIF CHEFCHAOUNI Souhail Anesthésiste Réanimateur Al Hayat Oasis Clinic Tél.: 05 22 999 444-Fax: 0522 25 46 13	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Cachet et signature du Médecin
testamto Paediatricus / Acte

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin Anesthésiste Réanimateur des Actes
11/02/2018	C + ECG	+ 1350,000		AL HAYAT OASIS CLINIC N° INPE 090061953 Rue Rostand Quartier Oasis Tél +212 0622 999 444
11/02/2018	visite de l'athé	+ 160,000		

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
AN/01/2020	01/01/2020	3140	230197

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

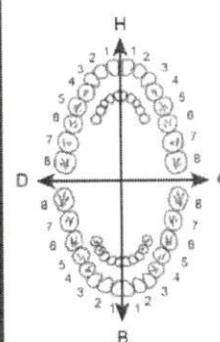
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr:

Dr. CHARIF CHEFCHAOUNI Souhail
 Anesthésiste Réanimateur
 Al Hayat Oasis Clinic
 Tél.: 05 22 999 444-Fax: 0522 25 46 13

Date : 11/10/11 01:00

Nom et Prénom du patient :

MASMOUDI
 Féminine

Age : 12 an

- grepade
- TP
- TC
- MF S.

Laboratoire GENELAB "Oum Rabii"
 110220-066

MASMOUDI Yasmine
 D.N : 01/10/1968



Laboratoire Genelab
 M. BENAZZOUZ
 Rd's. Abdou 93 10 60 Rabta El Oulets - Casablanca
 Tel: 05 22 93 10 61 - Fax: 05 22 93 10 67
 C.R.E. : 0010024105000068
 Date : 05/22/93 - Réf. : 35051078

Dr. CHARIF CHEFCHAOUNI Souhail
 Anesthésiste Réanimateur
 Signature
 Al Hayat Oasis Clinic
 Tél.: 05 22 999 444-Fax: 0522 25 46 13

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"

Docteur Mohamed BENAZZOUZ

Pharmacien Biogiste

Téléphone : 05 22 93 10 60/0522905937/ Fax : 05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661763068/Watsapp 0676845202

Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa (En face siège R.A.M)- Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca,
genelab2@gmail.com

ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE_bio : 097163968 - INPE_lab : 093001394- IF : 51485800

FACTURE

Casablanca , le 11/02/2020

Facture N° 110220-066 du 11/02/2020

MUPRAS

Dr : ALHAYAT OASIS CLINIC

N°Bon de soin

Mle

Patient :Mme MASMOUDI Yasmine

Analyses	Valeur en B	Montant
HEMOGRAMME:valeurs correspondantes à l'âge	80	71,20
GROUPAGE SANGUIN ET RHESUS	80	71,20
TAUX DE PROTHROMBINE	40	35,60
TEMPS DE CEPHALINE ACTIVATEUR	40	35,60
Total B	240	213,60
APB	1,5	17,27
Total		230,87

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux cent trente dirhams 87 centimes***

Genelab
Laboratoire
Oum Rabiaâ EL Oulfa
Casablanca
ICE : 001084109000068
Patente : 35051078
INPE_bio : 097163968
INPE_lab : 093001394- IF : 51485800
Mobile : 0661763068/Watsapp 0676845202
Téléphone : 05 22 93 10 60/0522905937/ Fax : 05 22 93 10 61

ALHAYAT OASIS CLINIC

Clinique Multidisciplinaire
29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca
TEL: 0522.999.444 / FAX : 0522.254.613 OU 254.504

F A C T U R E

N° 445 / 2020 du 11/02/2020

Nom patient : **MASMOUDI YASMINE**

Entrée 11/02/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 11/02/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS				
FRAIS CLINIQUE	1,00	FRAIS CLINI	50,00	50,00
ECG	1,00	ECG	100,00	100,00
		Sous-Total		150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	150,00
Immatriculation	Part organisme	0,00
Affiliation	Part patient	150,00
N° prise en charge :		

AL HAYAT OASIS CLINIC
29 Rue Rostand Quartier Oasis
Casablanca Tel: +212/0522 999 444
INPE 090061953

ALHAYAT OASIS CLINIC

Clinique Multidisciplinaire
29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca
TEL: 0522.999.444 / FAX : 0522.254.613 OU 254.504

F A C T U R E

N° 445 / 2020 du 11/02/2020

Nom patient : **MASMOUDI YASMINE**

Entrée 11/02/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 11/02/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS				
FRAIS CLINIQUE	1,00	FRAIS CLINI	50,00	50,00
ECG	1,00	ECG	100,00	100,00
				Sous-Total
				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	150,00
Immatriculation	Part organisme	0,00
Affiliation	Part patient	150,00
N° prise en charge :		

AL HAYAT OASIS CLINIC
29 Rue Rostand Quartier Oasis
Casablanca Tel: +212/0522 999 444
INPL 090061953

Dr. CHARIF CHAFCHAOUNI Mohamed Souhail
Anesthésiste – Réanimateur

Casablanca, le:

Mouloud

Note d'honoraires

Consultation Anesthésie + ECO.

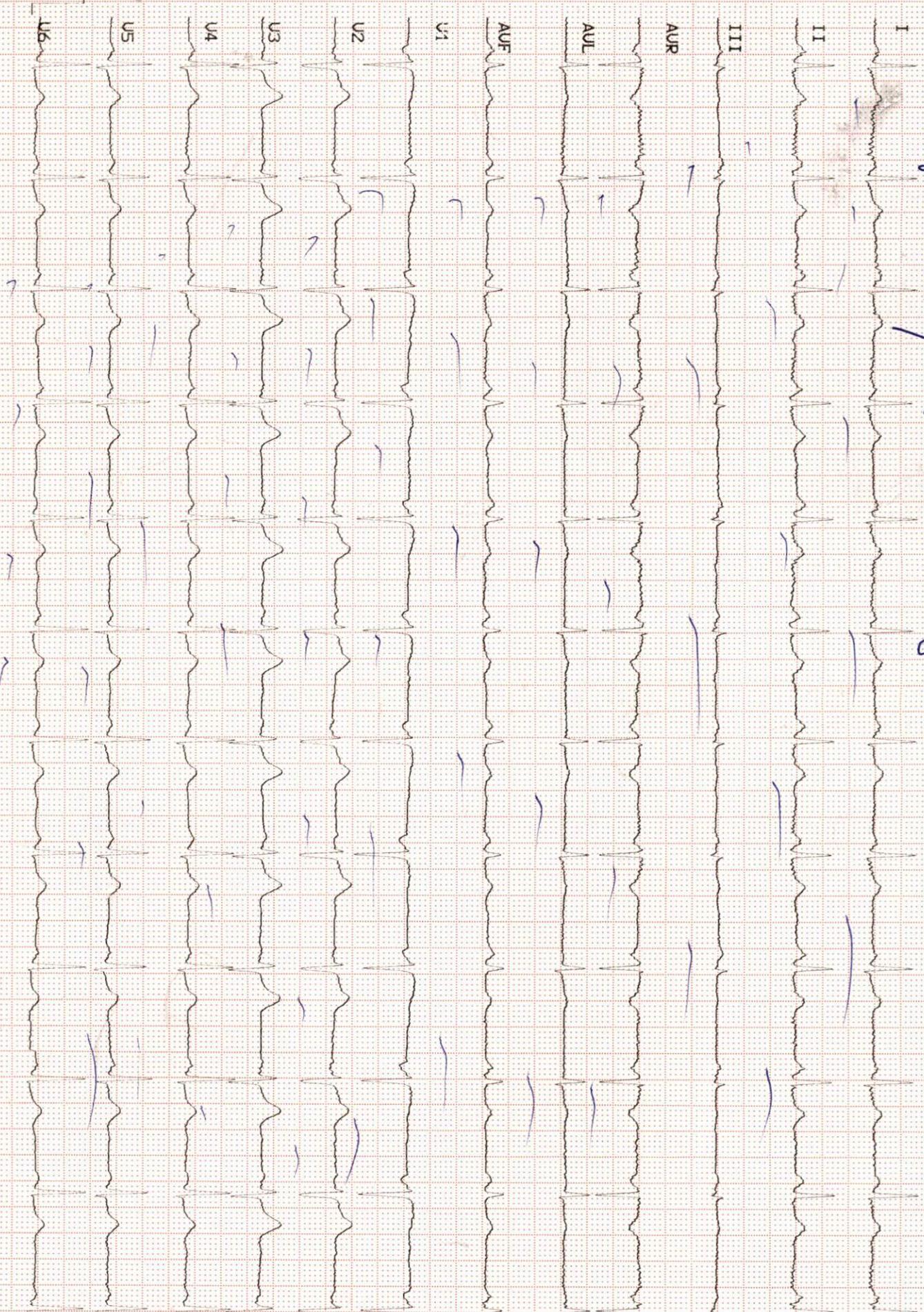
350,00 DA

Dr. CHARIF CHEFCHAOUNI Souhail
Anesthésiste Réanimateur
Al Hayat Oasis Clinic
Tél.: 0522 999 444 Fax: 0522 25 46 13

Casablanca – Tel: 0661.377.277

FC 69/min

5 yaşlı erkek / anamnezde somnme



03.Sep.1971 06:23:52

25mm/s 10mm/mU ADS 50Hz 0.08 - 40Hz

12_FS Mode auto. - US.21 M121 (1)