

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.

N° W19-535289

ND : 36002

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6413

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RASSID SAJD

Date de naissance :

16/10/81/1965

Adresse :

529 lot Haj fath alfa

Tél. :

0561 566 363

Total des frais engagés :

549,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12/02/2012

Age :

ABOUSAID IMANE

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Abdominal pain

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) :

LGA

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
17/01/20	Vérification		1000,00	INP : [] [] [] [] [] 

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>MAUREVILLE 28ADY au 1er juillet 2018 Rue 61 n°150 - CS 123 59-649</i>	<i>17/07/2018</i>	<i>148,20</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

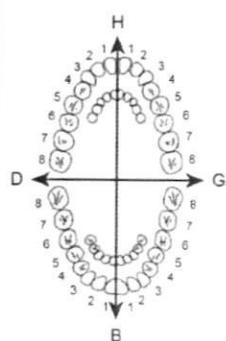
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

Diagram illustrating the numbering of teeth in a dental arch. The upper arch (H) has teeth numbered 1 through 8 from left to right. The lower arch (B) also has teeth numbered 1 through 8 from left to right. The diagram shows the orientation with G pointing right and D pointing left.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

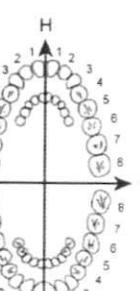
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
		H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> D G <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> B	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552										
00000000	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الحديقة لازميطاج

CLINIQUE LE PARC Hermitage

Casablanca, le 17/07/2020 الدار البيضاء في

Chirurgie ORL
Chirurgie maxillo-faciale
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique
Chirurgie viscérale
Anesthésie - Réanimation
Chirurgie Ophthalmologique
Chirurgie Plastique et Esthétique
Chirurgie Dentaire
Stomatologie Implantologie
Radiologie - Echographie - Scanner

Rosa 1 Angle Allée de L'Aude et rue Chant d'oiseaux (à côté de MacDonald's - Hermitage)
Tél : 05 22 28 64 64
Fax : 05 22 28 65 65
Urgences : 0666 10 89 32
Email : c-d-h@hotmail.fr
Site Web : www.cdh.ma

SCP au capital de 200.000 DH
I.F : 40262570
CNSS : 8640311
Patente : 37987981

Imane Abou Saïd

14,50
1/ Andol 1g x 3f 7,50
34,40
2/ Megafon 2cp <2f 15
100,40
3/ Brexin 20g 7,50

PHARMACIE DILAC
ZEMIRINI ZBADI Fatima Zohra
Hay El Farah Rue 61 n° 60 - Casablanca
Tél : 05 22 80 64 97

CLINIQUE LE PARC HERMITAGE
Dr YOUSSEF EL ABDI
Réanimateur Anesthésiste
Rue Chant d'oiseaux
Casablanca - Tél : 05 22 28 64 65
INP : 09 17 29 19 22 21

CLINIQUE LE PARC Hermitage
Dr MOHAMMED AMINE
Réanimateur Anesthésiste
Rue Chant d'oiseaux
Casablanca - Tél : 05 22 28 64 64
INP : 09 17 34 84

LOT : 4303
UT. AV : 07 - 21
P.P.V. 34 DH 40

LOT 19014
PER 10/02
PPV 100DH 40

100.60



16.50

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : ABOUSAID IMANE	N° Facture	1 928	20G170832
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ANDOL 1G INJ 1g INJ (01)	1	30,00	30,00
SERUM SALE 9% 500 ml SOLUTIO (01)	2	25,00	50,00
SPASFON 40 MG 4 ML INJ (06)	3	5,50	16,50
Sous-Total médicaments			96,50
INTRANUL (01)	1	3,00	3,00
PERFUSEUR (001)	-1	3,15	-3,15
PERFUSEUR (001)	1	3,65	3,65
Sous-Total consommable médical			3,50
Total pharmacie			100,00

CLINIQUE L'ARC Hermitage
 مصحة الهرم
 Rosia - angle allée de l'oued et rue chant d'oiseau
 Tél: (0522) 28 64 64
 INP: 090062126

CLINIQUE LE PARC HERMITAGE

CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 17/07/2020 Heure 23:46

Nom et Prénom du patient MmeED DAHOZ MAMAS Age ou Date Naissance 57 - 01/01/1964

N° Cin du patient ou du tuteur JE187044

Adresse

Téléphone 0624802547

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant YOUNKLIF

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0

Motif d'hospitalisation ...

Affiliation à une couverture maladie NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie

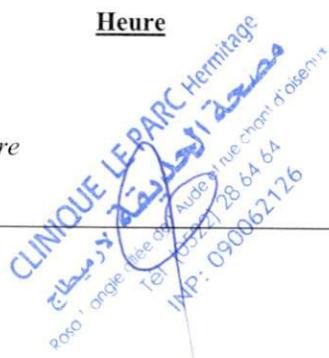
Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0

Nom et prénom du signataire

Signature



CLINIQUE LE PARC HERMITAGE**NOTE D'HONORAIRES**

Le : 17/07/2020

Références 1 928 / 200717083429030002
PAYANT
Entrée / Sortie : 17/07/2020 - 17/07/2020**Le Dr. MOKHTARI MED AMINE**présente à **Mme ABOUSAID IMANE**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
150,00 Dhs

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

*Cachet et signature***CLINIQUE LE PARC HERMITAGE****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 17/07/2020

Références 1 928 / 200717083439030003
PAYANT
Entrée / Sortie : 17/07/2020 - 17/07/2020**Le Dr. YOUNKLIK**présente à **Mme ABOUSAID IMANE**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
150,00 Dhs

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

*Cachet et signature*

CLINIQUE LE PARC HERMITAGE

F A C T U R E

N° **1 928** / 2020 du **17/07/2020**

Nom patient	ABOUSAID IMANE	Entrée 17/07/2020	Sortie 17/07/2020
Prise en charge	PAYANT		

		Lettre Clé		Montant
PHARMACIE				
PHARMACIE	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
Total Frais Clinique				100,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. MOKHTARI MED AMIN (anesth/reanimate)	1,00	CS	150,00	150,00
DR. YOUNKIF (reanimateur)	1,00	CS	150,00	150,00
			Sous-Total	300,00
Total prestations externes				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> QUATRE CENTS DIRHAMS	Total général	400,00
--	----------------------	---------------

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	400,00				400,00	0,00

