

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Pharmacie :

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.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

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.

Prothèse :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13234

Société :

38921

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FATIMI ZAHRA

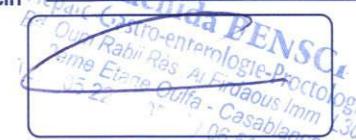
Date de naissance : 7.11.1992

Adresse : Rue J. ALLI GLOVER 105 DANHID 3 AL AYU MAALIF EXTENSION ASA

Tél. : 06.75.36.03.67 Total des frais engagés : 300 + 800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/08/2022

Nom et prénom du malade : FATIMI ZAHRA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Incomplète digestrice

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 : Conseil

Le : 07/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/08/20 (CS)			300 DT	 Dr. Firdaus Alouia
				Oum Kalthoum Al Firdaus Imm L30 2ème Etage Oulta - Casablanca 0522 21 13 61 59 22

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
LABORATOIRE SQUALI D'ANALYSES MEDICALS DR BEN MILI LTD 10 Bd Brahim Roudani Maârif 05 22 26 07 75 / 05 22 25 39 61 Casablanca Patente 35805014	25.08.2020	5/150 =	20000

AUXILIAIRES MEDICAUX

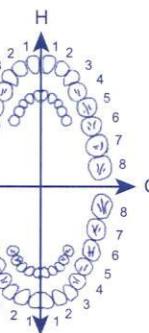
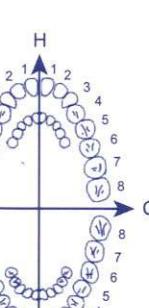
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 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

Laboratoire D'ANALYSES MEDICALES

FACTURE N° : 200800585

Casablanca le 25-08-2020

Mlle Zahra FATIMI

Demande N° 2008250046

Date de l'examen : 25-08-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Recherche d'Ag Helicobacter pylori dans les selles	B150	B

Total des B : 150

TOTAL DOSSIER : 200DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirham s .

Dr BENMIAOUD
240, Bd Fathia Roudam Maâfi
Tél. 05 22 25 78 29 / 05 22 25 39 61
Casablanca - Maroc 35805014

Code INPE : 093000214

AWB - Agence Rue Nassih Eddine

RIB : 007 780 0003555000000328 25



Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

Date du prélèvement : 25-08-2020 à 11:51
Code patient : 2007110012
Né(e) le : 07-11-1992 (27 ans)



Mlle FATIMI Zahra
Dossier N° : 2008250046
Prescripteur : Dr Rachida BENSCRI

BACTERIOLOGIE

RECHERCHE DE L'Ag HELICOBACTER PYLORI DANS LES SELLES

Résultat :
(Méthode immuno-chromatographique)

Recherche négative

مختبر الصقلی للتحاليلات الطبية
LABORATOIRE SQALLI d'ANALYSES MÉDICALES
Dr BENMLOUD
240 Bd Brahim Roudani Mâarif
Tél : 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
Validé par : Dr BENMLOUD Loubna