

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Prothésiste :

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 à caractère 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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6181

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BACHARI SAID

Date de naissance :

26/12/1961

Adresse :

Hay lagnanet Rue Khansa N°4 settat

Tél. : 06 96 07 54 47

Total des frais engagés : 8200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/09/2020

Nom et prénom du malade : ANAFLAOS Fatima EZZALIK Age : 29

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Accouchet / césarienne

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 : settat

Le : 28/09/2020

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
08/09/2021	1.100		8000,00	
08/09/2021	CL		200,00	

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

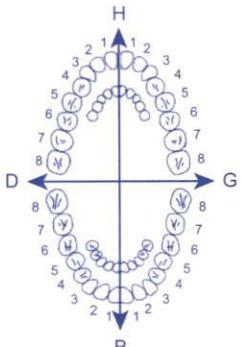
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

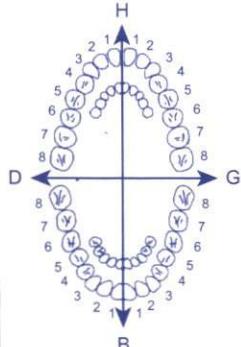
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS
H	25533412 21433552	
D	00000000 00000000	
B	35533411 11433553	
G		



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	COEFFICIENT DES TRAVAUX			

DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



F A C T U R E

N° : **4622 / 2020** du **08/09/2020**

Nom patient **ANAFLOUS FATIMA EZZAHRA**

Entrée **05/09/2020**

PAYANT

Sortie **08/09/2020**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

K100	1,00		8 000,00	8 000,00
<i>Sous-Total</i>				8 000,00

Total Clinique **8 000,00**

DR ERRACHIQ.	1,00		200,00	200,00
<i>Sous-Total</i>				200,00

Total Autres prestations **200,00**

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	Total	8 200,00
HUIT MILLE DEUX CENTS DIRHAMS		

CLINIQUE LES OLIVIERS
103, Quartier Lagnanet
Tel: 0523.40.20.40/41/61 - Fax : 0523.40.20.60 * CNSS : 4266765 * I.F : 40479345 * I.T.P : 40113028 * ICE : 001665330000052
INPE : 060061312 * IF : 4266765
RC : 5519 - CVSS : 40479345
ICE : 00166533000052

COMPTE- RENDU OPERATOIRE

Le 05/09/2020

Mme : ANAFLOUS FATIMA EZZAHRA

Opérateur : Dr BELLEFKIH

Anesthésiste : Dr ERRACHIQ

IND : césarienne prophylactique pour DFP.

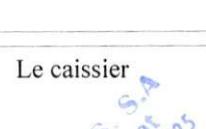
- Sous rachianesthésie, SV, incision transversale ;
- Décollement vésico-utérin ;
- Segment inf .fin ;
- Hystérotomie basse transverse, extraction céphalique d'un N.né de sexe masculin, apgar 10/10, poids : 3700g ;
- DA – RU : variété postérieure ;
- Hystérorraphie au vicryl 1 AR ;
- Hémostase assurée ;
- Annexes : RAS ;
- F P P P après compte correcte ;

Dr. BELLEFKIH Abdellah
Gynécologue - Obstétricien
NIP: 091114279
Clinique les Oliviers
Dakar, Sénégal

CLINIQUE LES OLIVIERS
103, QUARTIER LAGNANET
TEL : 05.23.40.20.40/41/61 FAX : 05.23.40.20.60

SETTAT

BILLET DE SORTIE

<p>Nom du patient : ANAFLOUS FATIMA EZZAHRA</p> <p>Chambre : CH28</p>		
Médecin traitant	BELLEFKIH	
Prise en charge	ASSURANCE AT	
Date entrée	05/09/2020	
Date sortie	08/09/2020	09:25
Le caissier	L'infirmier	Le major
		
<i>Billet de sortie établi par : MERY</i>		
<i>08/09/2020 11:36</i>		
<i>201050750</i>		

Le caissier