

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.

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.

Educateur :

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 063640

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique 41889 ☐ Autres

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 Khansaa N°4 Settat
Tél. : 06 9607 5447 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 : ANAFLOUS Fatima EZZAH Age : 29
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Accouchement / 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) :

RELEVÉ 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
08/09/22	K100		8000,00	
08/09/22	C2		200,00	

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

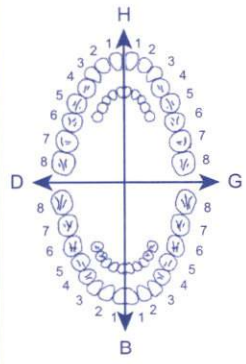
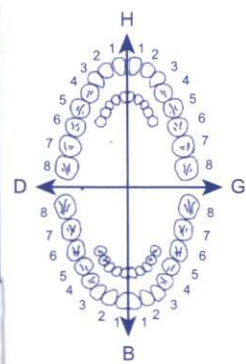
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[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



F A C T U R E

N° : 4622 / 2020 du 08/09/2020

Nom patient **ANAFLOUS FATIMA EZZAHRA**
PAYANT

Entrée 05/09/2020

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 OLIVIER S.A.
 103, Quartier Lagnanet Settati
 Tél.: 0523.40.20.40/41 - Fax : 0523.40.20.60
 INPE 060061342 IF 40479345
 RC 5519 - CNSS 4266765
 ICE 001665330000052

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
Clinique Les Oliviers
NPE: 091144279

CLINIQUE LES OLIVIERS

N° 103, QUARTIER LAGNANET

TEL : 05.23.40.20.40/41/61 FAX : 05.23.40.20.60

SETTAT

BILLET DE SORTIENom du patient : **ANAFLOUS FATIMA EZZAHRA**Chambre : **CH28**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

Billet de sortie établi par : MERY

08/09/2020 11:36

201050750