

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-578913

W19-578913

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>1222</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>WARDINE Fatima</u>			
Date de naissance : <u>24-12-69</u>			
Adresse : <u>Rue Errachidia n° 22 - Hay Erraha Casablanca</u>			
Tél. <u>068 49 7669</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<p>Dr. SADIK Fouzia Médecin 104, Rue Mimouza Hay Erraha Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca</p>			
Date de consultation : <u>25/02/2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Dr. WARDINE Fatima</u>			
Age : _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>grippe</u>			
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/02/2020

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
25.6.20	AC 1	01	200,00	INP : 7225924 Dr. SADIK Fouzia Médecin 104 Rue Mimozza Hay Erraha Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<u>Montant de la Facture</u>
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet ou signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Centre de Laboratoire Médical Service Facturation</i>	26/08/90	Analys	500 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée l'acte pratique 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"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21403552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00500160</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11432553</td> </tr> </table>		25533412	21403552	00000000	00500160	□		00000000	00000000	35533411	11432553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21403552													
00000000	00500160													
□														
00000000	00000000													
35533411	11432553													
		[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse		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

Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale

Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)

1^{er} Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

الدكتورة صديق فوزية

الطب العام

الفحص بالصدى

104. زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)

الطابق الأول - بروسيجور

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36.58.91

Casablanca, le :

25/08/2020

الدار البيضاء، في

H^{me} WARDINE Fahla

- TST PCR -



Dr. SADIK Fouzia
Médecin
104, Rue Mimouza Hay Erraha
Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

Madame WARDINE FATHIHA

Réf: 25/08/20-1-0254

CIN: Né(e) le : 24/12/1962 soit:57 A Tél:

ville: CASABLANCA

MAT:

Médecin : Tél:

Date et heure de passage :25/08/20-14h11

Par:MRABH / 25/08/20

Liste des Examens/Prescription

PCR COVI TIMB_2DH

Total dossier r : 502.00
Part Client : 502.00
Part : 0.00
Part : 0.00
Part : 0.00

PATIENT



L'Institut Pasteur du Maroc collecte et traite vos données à caractère personnel en vue d'identifier vos prélèvements, mettre à jour votre historique d'analyses et garantir vos droit à la prise en charge. Ces données peuvent être transmises à des laboratoires externes en cas de sous-traitance.

Vous pouvez contacter le service qualité (qhs@pasteur.ma) pour exercer vos droits conformément aux dispositions de la loi 09-08