

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.

Reéducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de reéducations.
- 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-580909

XID: 46712

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7843

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAJIA HOUSSAINI

Date de naissance : 13/11/1967

Adresse : CASA ACHARAS 101 BP 113 MAI OHRIRZA
ETAGE 2 AIN CHOCK CASA BLANCA

Tél. : 06.75.71.39.41

Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/11/2020

Nom et prénom du malade : Aghdaoui Bahya

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Anémie Jeune fille

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 : 10/11/2020

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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
21/11/2020	Voir. Le Dr Jemaa	1000		HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBAA NPE : 090063272 Dr KADDOUR Hématologie - Clinique - Cardiologie Pédiatrique Appl.3 Immuno-hématologie Casablanca 25 22 35 28 28
21/11/2020	Contrôle			

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$ \begin{array}{r rr} & 25533412 & 21433552 \\ & 00000000 & 00000000 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \\ & B & G \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER HPC20K02095849

NOM DU PATIENT Mme AGHDAIF BAHIJA

MÉDECIN TRAITANT KADDOURI WYDAD

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

DATE D'ENTREE 02/11/2020

DATE DE SORTIE 02/11/2020

MODE DE SORTIE normal

SERVICE FACTURATION
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBAA
TÉL : 090063272
279, Bd. Chefchaouni Aïn Sébaa

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 02-11-2020

Facture N° 18780/20

A. Identification

N° Dossier : HPC20K02095849

N° Identifiant : 032593/20

Nom & Prénom : Mme AGHDAIF BAHIJA

C.I.N : M319681

Adresse : COOP ACHRAF B APPT 3 ETAGE 2 AIN CHOK CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 02-11-2020

Date Sortie : 02-11-2020

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : AGHDAIF BAHIJA

Traitement : VENOFER

Médecin traitant : DR . KADDOURI WYDAD

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
1	VENOFER		1 000,00			1 000,00
					Total Rubrique :	1 000,00
						1 000,00
						0,00
				TOTAL GENERAL		1 000,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Cachet et Signature



Unité d'Oncologie - Radiothérapie

Casablanca, le 02/11/2015

Compte rendu médical

Mme Aghdaïf Bahija suivie pour une anémie juvénile nécessitant un traitement par fer injectable.

La patiente est admise ce jour pour une perfusion de fer par voie IV.
Rdv d'ici 3^e pour contrôle
du bilan sanguin.

دكتوره مذحوري وداد
Dr. KADDOURI Wydad

Hematologie Clinique - Cancérologie Radiothérapie
Appt.3ème étage Résidence Beauvau Ain Sebaâ
Casablanca - Tel: 05 22 35 22 22

Wydad

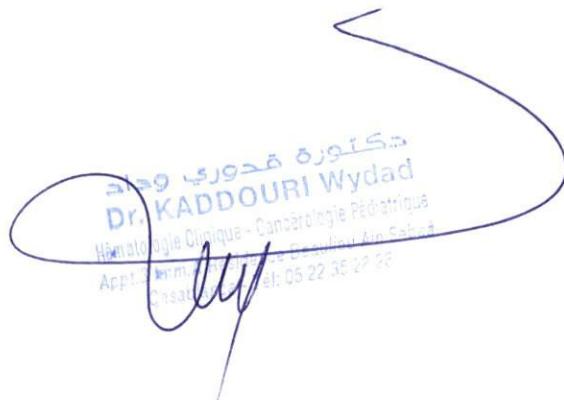
Unité d'Oncologie - Radiothérapie

Casablanca, le

02 / 11 / 2020

جعفر سعيد الدين بوحاجة

- perfusion de fer injectable



HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA

**NOM DU PATIENT : Mme
AGHDAIF BAHIJA
DATE DE NAISSANCE :
01/01/1978
HPC20K02095849**



Reçu N°: 36264

Paiement du 02/11/2020 10h03

Montant

1 000,00 Dh

Type de paiement

Espèce