

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P19- 061721

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique 5065° ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2572 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : Feu HAMDI BOUABID
Date de naissance :
Adresse :
Tél : 065722141 Total des frais engagés : 426 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 13/11/20
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection Neurologique
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

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.

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 canaux, 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 canaux.

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

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
12/11/2020	C	6	309,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANISSA 312 Lot Zoubir Casablanca Tél: 05 22 89 34 94	12/11/2020	126,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

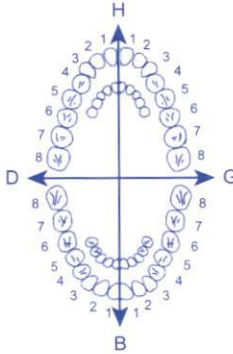
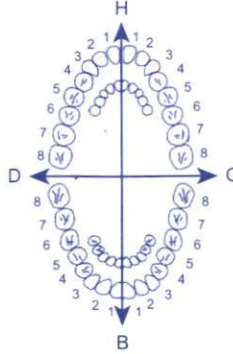
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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													
					MONTANTS DES SOINS												
					DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX													
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV 39DH80

PER 06-21

LOT H1551

UTAOUAKIL

01/2016-D

Importé par:

SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC

169, Avenue Hassan 1^{er},
20070 Casablanca.

Fabriqué par:

SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED

PPV: 126 DH 00

Hôpital Pitié -

Legrain, Bordeaux
Clinique

ocaine contre l'Epilepsie (LMCE)
tionale de Casablanca (UIC)

التخطيط الكهربائي للدماغ والأعصاب
والعضلات

الكتاب العام للجمعية المغربية لمرض الصرع
أستاذة بالجامعة الدولية بالدار البيضاء

PHARMACIE AN
312 Lot Zoubi
Casablanca
Tél: 05 22 89 34 94

Le

12/11/2020

مرد

Il est souffrant
Neph-

Longue xyl

①

126.00



2020

②. Cylindre long

1/2

Ru/ l w s

الدكتورة فطومة فتوكل
اختصاصية في أمراض الجهاز العصبي
Fattouma
MOUTAOUAKIL
MOROCQUE - FERRIERE

Tél : 06 61 47 66 97

E-mail : neuromoutaouakil@gmail.com



مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

F A C T U R E

N° 202 006 956 / 2020 du 13/11/2020

Nom patient	MOUKHRIF NAJAT	Entrée 13/11/2020	Sortie 13/11/2020
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION	1,00	C1	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

	Total général	300,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces 300,00				Total encaissé 300,00	Solde 0,00
---------------	-------------------	--	--	--	--------------------------	---------------

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier
Tél: 05 22 85 92 20 - 05 22 86 22 23
Sec. Administrative

CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA

CASABLANCA

Reçu de caisse

Médecin : DR. MOUTAWAKIL

N° : 201113104533810 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
20A14748	MOUKHRIF NAJAT	13/11/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
PAYANT	Total payé	300,00