

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 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

- 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.

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° W21-730475

137440

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 003434 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL ATIFI Rachid
 Date de naissance : 01/01/1952
 Adresse : Bab el Acharkiya Benslimane
 Tél. : 0661311170 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. EL EDGHIRI Hassan
 Sp. d'ORL et de Chirurgie
 Co-Faciale à l'Hôpital Cheikh Zaid
 GSM: 06 62 13 54 54
 INP: 101108660
 Date de consultation : 14/10/2009
 Nom et prénom du malade : EL ATIFI Rachid Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Hypertension
 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-730475

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

Handwritten notes on lined paper, including a signature and the word "pharmacovigilance".

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/10/22	348,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]

VOLET ADHERENT

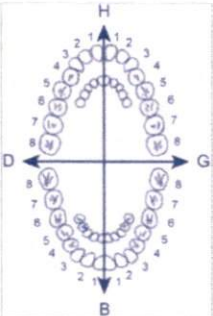
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'ODF.


SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								
					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

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	R	

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

		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



Rabat, le 04/10/22

Docteur

M. EL ATIFI RACHID

Faire sup : Audiogramme \oplus Impédancemétrie

RC : Hypoacusie

Dr. EL EDGHIRI Hassan
Pr. d'ORL et de Chirurgie
Cervico-Faciale à l'Hôpital Cheikh Zaïd
GSM: 06 62 13 54 54
INP: 101108660



Date création 04/10/2022 17:32

N personnel IPP 1621511

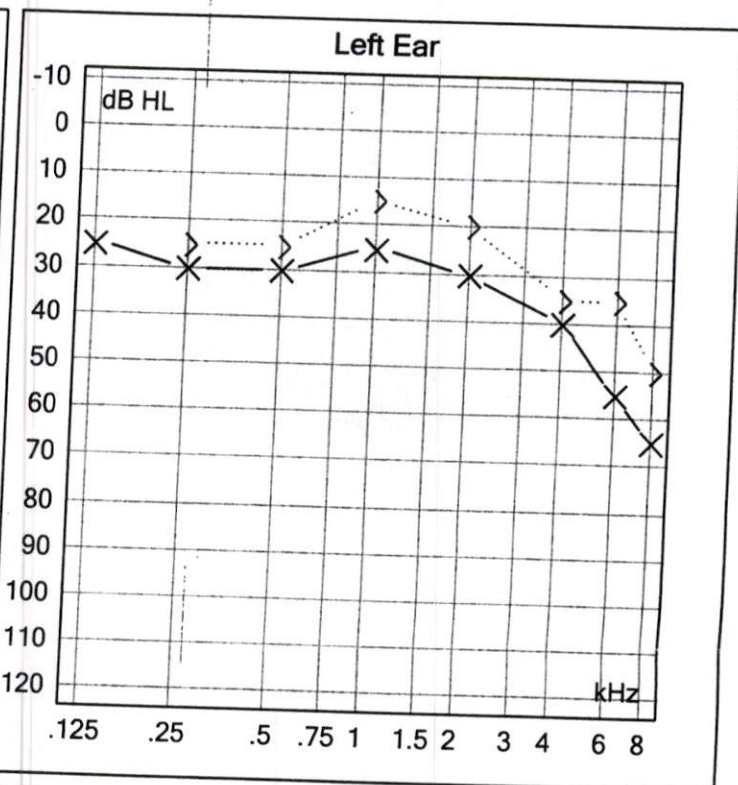
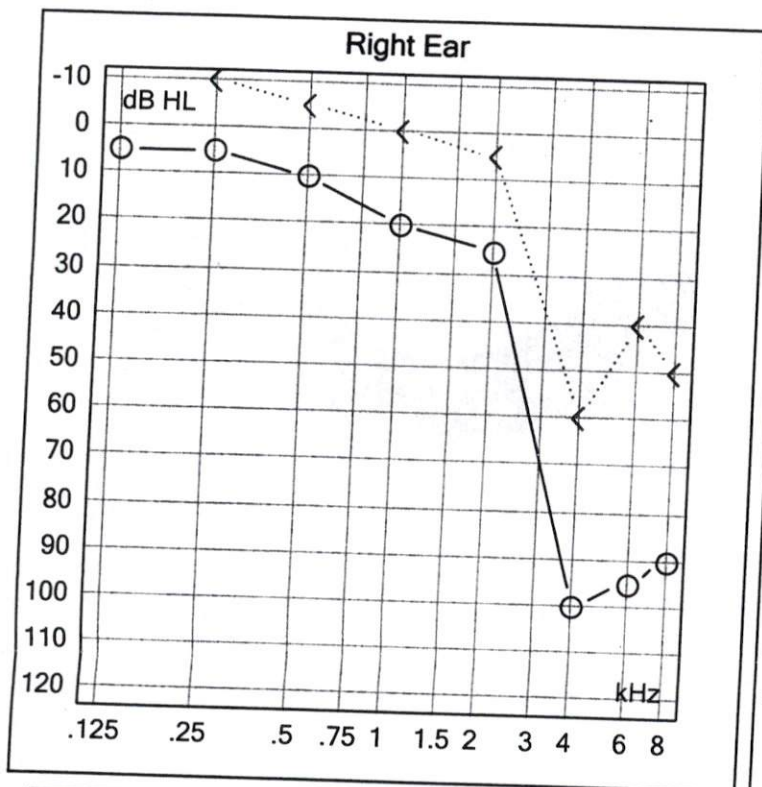
Prénom RACHID

Nom EL ATIFI

Date de naissan... 01/01/1957

Sexe Homme

AUDIOGRAMME



QuickSIN Resultats			
Session	Oreille	RSB	RSB (avec app.)

WR						
Trans	WR	dB	Mask	%	Aided	List

SRT					
Trans	type	dB	Mask	Aided	List

Frequency (Hz)	125	250	500	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
Téléphone Droite HL	5	5	10	20		25		100	95	90
Téléphone Gauche...	25	30	30	25		30		40	55	65
CO Droite HL		-10	-5	0		5		60	40	50
CO Gauche HL		25	25	15		20		35	35	50

Right	Key	Left
O	AC	X
Δ	Masked AC	□
<	Bone	>
[Masked Bone]
M	MCL	M
U	UCL	U
S	Speaker	S
B	AC Binaural	B
	No Response	↘

JD report - no data

Dr. EL EGHRI Hassan
Pr. d'Opht et de Chir. Argile
Service-Faculté Hôpital Cheikh Zaïd
GSM: 06 62 13 54 54
INP: 10110866



Date création 04/10/2022 17:32

N personnel IPP 1621511

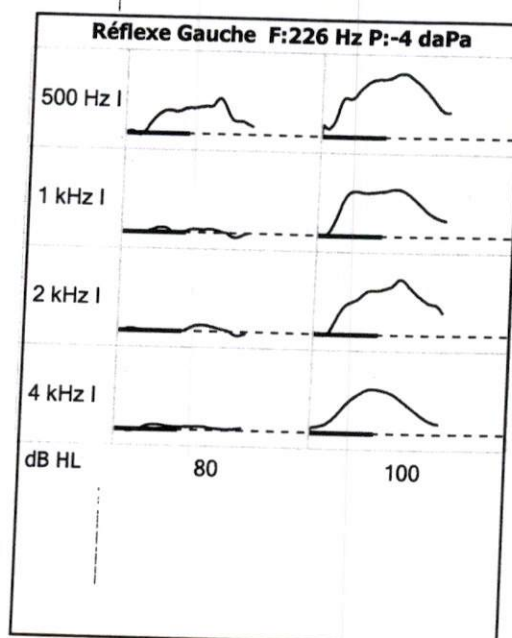
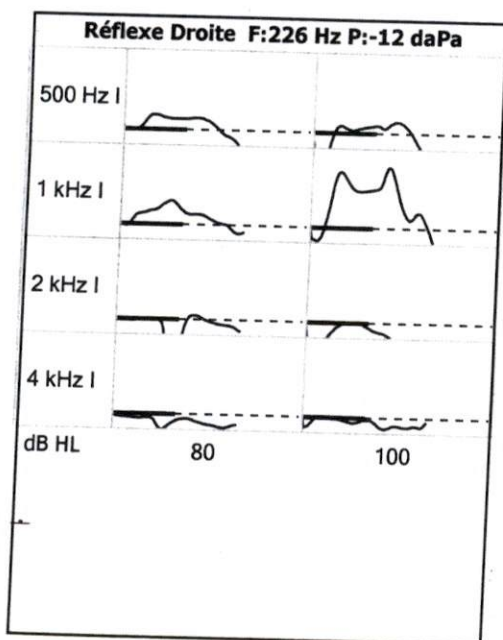
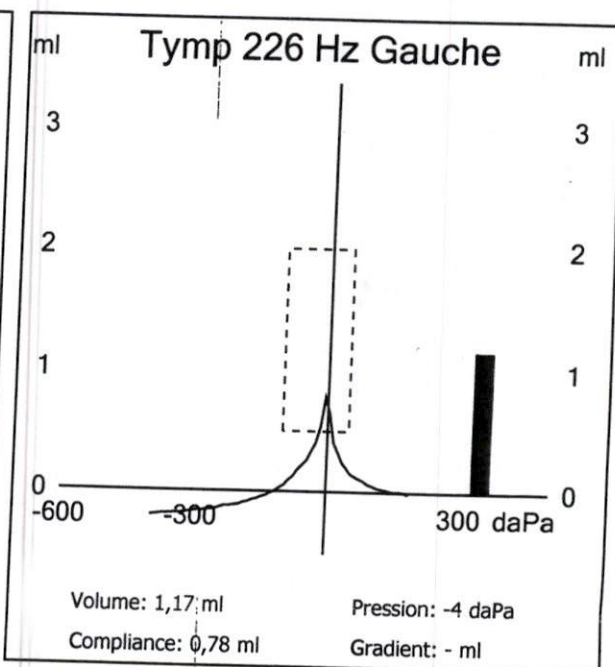
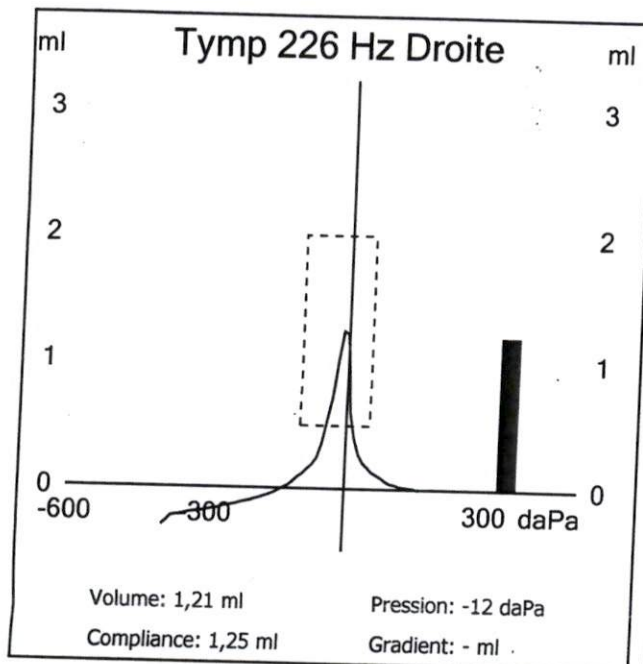
Prénom RACHID

Nom EL ATIFI

Date de naissan... 01/01/1957

Sexe Homme

IMPEDANCEMETRIE





Rabat, le 05/10/22

Docteur

El Atifi Rachid

71,30x

(S.V)

1) Tanatan

1 cp x 3/j pdt 1 mois

134,80

2) Noctropyl

(S.V)

1 cp x 3/j pdt 1 mois

348,70

PHARMACIE PALMIER
Rue des Palmiers, Angle Bd Zerkouni
El Abdelmoumen, Immeuble "B", N°4
Mohammedia - Tél: 0523329895

Dr. EL EDGHIRI H.
Pr. d'ORL et de chirurgie
Cervico-Faciale à l'Hôpital Cheikh Zaïd
GSM: 06 62 23 44 54
INP: 102148660

LOT	220746
EXP	03/2026
PPV	134,80

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية
مستشفى الشيخ زايد
مستشفى جامعي دولي

Service Admission / Facturation

IPP : 1 621 511 N° de dossier : A223663619

2 694 763
DI : 3 071.329..

Patient : EL ATIFI RACHID

Montant : 450,00 Dh (quatre cent cinquante et xx / 100)

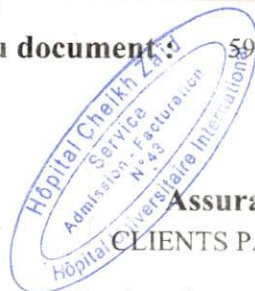
Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 5948

Date d'encaissement : 04/10/2022

Description : AUDIO+IMPED

Médecin : E0370 EL EDGHIRI HASSAN

Motif : HOPITAL DE JOUR



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la Caisse Centrale 2

Cachet du caissier :

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

N° 2022820

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

~~Service Admission / Facturation~~
~~Consultation le 04/10/2022~~

2 694 712

IPP : 1 621 511 N° de dossier : C223663562

DI : 3 973 280

Patient : EL ATIFI RACHID

Montant : 310,00 Dh (trois cent dix et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 5948

Date d'encaissement : 04/10/2022

Description :

Médecin : C0370 EL EDGHIRI HASSAN

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE + FRAIS

DOSSIER

Paiement effectué à la Caisse Centrale 2

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 2022812