

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 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 |

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3081

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAOUZ AHMED

Date de naissance :

1952

Adresse :

Tél. : 0666247016

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 3 / 1 / 2013

Age:

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie de gache

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) :



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
11/02/2014			€ 0	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		44,1
		aire
		laire
		HAM

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) arranged in four quadrants. The quadrants are labeled: D (Upper Left), G (Upper Right), H (Lower Left), and B (Lower Right). The teeth are represented by circles with numbers, and the arch is shown in a cross-sectional view.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 172 558 / 2022 du 29/12/2022

Nom patient : RAOUZ AHMED

Entrée 29/12/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 29/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DIRHAMS	Total	120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Sous Administrateur

HOPITAL CHEIKH KHOLIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N°

86 / 2023 du 02/01/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 02/01/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

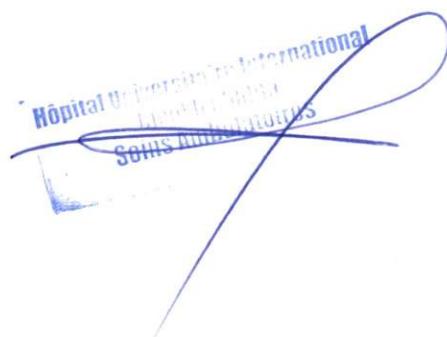
Sortie 02/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DIRHAMS	Total	120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N°

2 168 / 2023 du 05/01/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 05/01/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 05/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DIRHAMS	Total	120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00

Hôpital Universitaire Ibn Khalifa
Sous Ambulatoires

Date : 02/01/2023

Quittance - Paiement espèces 0733381

IPP :

N° D'admission : 2300616736 Montant : 120 Drs

Patient : RAOUF

Lamine





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 29/02/2022

Quittance - Paiement espèces

737543

IPP :

N° D'admission : Montant : 100,00

Patient : 1002 44762



Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 05/01/2023

Quittance - Paiement espèces 0743512

IPP :

N° D'admission : 2200618883 Montant : 120 DA

Patient : RAOUD Ahmed

Payé par : Lui Même

