

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 :

RAOUIZ AHMED

Date de naissance :

1959

Adresse :

Tél. 0666 2170 16

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/1/2023

Nom et prénom du malade : RAOUIZ AHMED Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Ulcère de l'œsophage

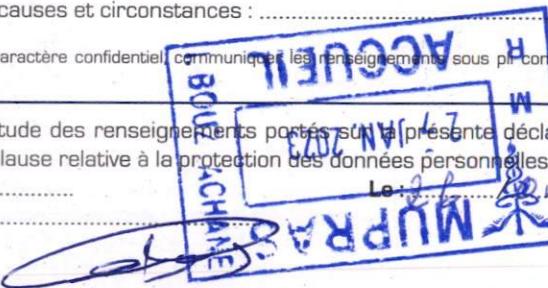
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA

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
19/11/2023			100	
20/11/2023			100	
21/11/2023			100	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

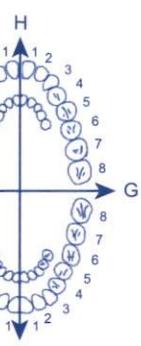
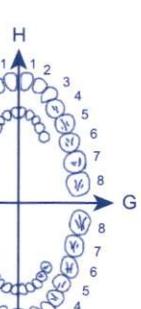
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	J M	I V	
<i>Service d'ambulatoire</i> <i>Hôpital Universitaire</i> <i>Centre hospitalier</i> <i>sous Ambulatoires</i>	19/01/23	chau	eu eut de	pauc eut ait		120,00 D.H.
	23/01/23	chau	eu eut de	pauc eut ait		120,00 D.H.
	26/01/23	chau	eu eut de	pauc eut ait		120,00 D.H.

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	
				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 00000000	21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D 00000000	G 35533411	11433553		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

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

19/11/2023

Mr RAOUZ AMED

Feie SUP

Passeret 5/3 Pom

piel deabsorber

Dr. Cheikh Khalifa
Pr. ASS. DR. MTR. Hicham
Chirurgie Viscérale



Date : 26/01/2023

Quittance - Paiement espèces 0745930

IPP :

N° D'admission : Montant : *Nes*

Patient : *MAARZ AHMED*

Payé par :



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 12 651 / 2023 du 26/01/2023

Nom patient : RAOUZ AHMED

Entrée 26/01/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 26/01/2023

	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

Document de Sidi Mohamed Ben Ali
Centre de Soins et de Réadaptation
Cheikh Khalifa



Date : 10/11/2023

Quittance - Paiement espèces 0740869

IPP :

N° D'admission : 23 6662 5812 Montant : 12000

Patient : Rachez Ahmed

Payé par : Karib Radida

Cachet

HOPITAL CHEJKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 9064 / 2023 du 19/01/2023

Nom patient : RAOUZ AHMED

Entrée 19/01/2023

Prise en charge : PAYANTS

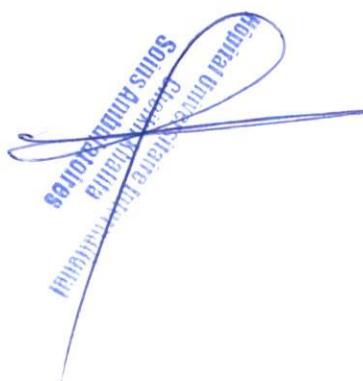
Sortie 19/01/2023

	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° 10 487 / 2023 du 23/01/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 23/01/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 23/01/2023

	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

Sous Ambulatoires
Hopital Universitaire Ibn Khaldoun
Faculté de Médecine



Date : 23/01/2023

Quittance - Paiement espèces 0747937

IPP :

N° D'admission : 200624254 Montant :

Patient : Raduiz Ahmed

Payé par : lui Heme

Cachet

