

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10512 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SABOUR AZIZ

Date de naissance :

29/06/1959

Adresse :

Hag Elha, GPEF Rue 22
n° 12 Casablanca

Tél. : 070202408

Total des frais engagés : 550 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR LOURIZ MAHA
INPE : 061185252
Médecin Spécialiste en Urgentologie

Date de consultation :

12/01/2023

Nom et prénom du malade :

SABOUR AZIZ

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Doulouche faciale

Affection longue durée ou chronique :

ALD ALC

Pédiatrie:

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
12/01/2023	CS	100	100	INPE : 061185252 Dr. LOURIZ MAHA Médecin Spécialiste en Urgentologie
	ECG	100	100	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/05/2023	
	10/05/2023	
	10/05/2023	

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
Diagramme d'Odontogramme (Dent 1 à 8)				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	25533412 00000000 35533411	Coefficient des Travaux
		G	21433552 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
Diagramme d'Odontogramme (Dent 1 à 8)	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	B		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2301122051087040 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300622781	SABOUR AZIZ	12/01/23

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	13203	550,00
PAYANT	Total payé	550,00
CINQ CENT CINQUANTE DIR		

Reçu établi par : MOH.RHO

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél. : 0524 53 53 45
Fax : 0524 53 44 77
E-mail : contact@hckz.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 6 050 / 2023 du 12/01/23

Nom patient : **SABOUR AZIZ**

Entrée 12/01/23

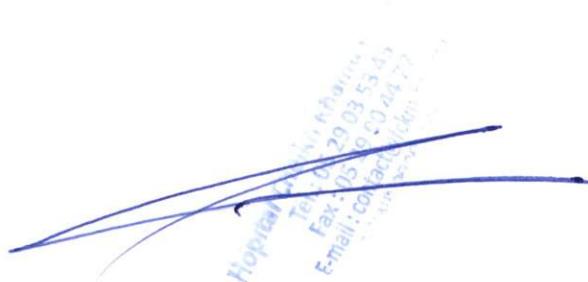
Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 12/01/23

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
ECG	1,00		100,00	100,00
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE EN DECHOCAGE	1,00		450,00	450,00
			Sous-Total	550,00
Total Frais Clinique				550,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	550,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	550,00	550,00	0,00



A handwritten signature is written over a circular stamp. The stamp contains the following text:
Hôpital
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026

78 bpm

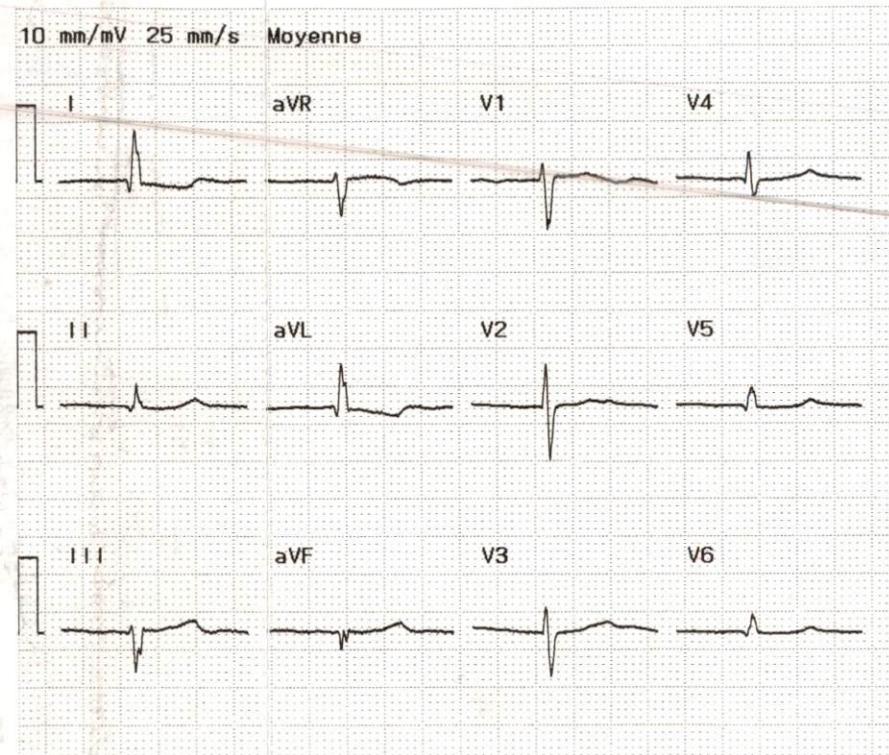
ID :
 Nom :
 Sexe: M Date de naissance:
 cm kg
 Irég. ventr.
 Int. PR
 Durée QRS
 Int. QT/QTc (E)
 Axe P/QRS/T ***
 Imp I RV5/SV1
 Imp I RV5+SV1


2300622781/H0123001440

Prénom: AZIZ
Nom: SABOUR
DDN : 29/06/1959 E: 12/01/2023
Service : URGENCES (NA)


PAYANT
Sexe: M

- 1210 Fibrillation auriculaire
 3633 Infarctus du myocarde inférieur, probablement ancien
 40126 Sous-décalage ST modéré, effet probable de la digitaline
 45646 Anomalie de l'onde T, ischémie latérale ou effet de la digitaline possible
 9150 ** ECG anormal **



Lapport non confirmé
levé par :

Examen :

ID:

Nom :

Médicament :

cm

kg

/ mmHg

Sexe:M

Date de naissance:

ans

Symptômes :

10 mm/mV 25 mm/s Filtre : H50 d 100 Hz

Antécédents :

10 mm/mV

ans

Centre de Cardiologie de l'Institut Curie
 Tel.: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 Email: contact@icf.kmhc.fr

