

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 1055576

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3081 Société : 156828

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAOUK AHMED

Date de naissance : 1952

Adresse :

Tél. : 666247016 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/03/2023

Nom et prénom du malade : RAOUK AHMED Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Ulcère du p. d.

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 : 13/03/23 Le : 13/03/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
13/3/2023			6	
16/3/2023			6	
20/3/2023			6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

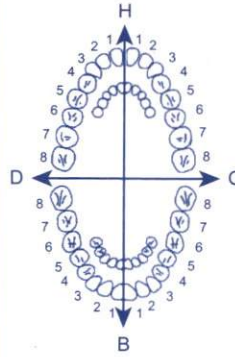
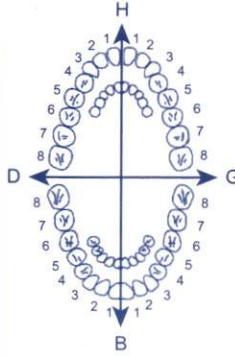
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM BC IM IV	
	13/03/23	change dent de	120,00 DH
	16/03/23	change dent de	120,00 DH
	20/03/23	change dent de	120,00 DH

RELEVÉ 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 canaux, 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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 :

13/3/2023

Mr RAOUZ AHMED

Faire son

Prescrit 1kg pour
pied diabétique

Pr BELMIR NICHAM
Chirurgie Vasculaire
et Endovasculaire
037 73 03 03

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 36 992 / 2023 du 13/03/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 13/03/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 13/03/2023

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

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	120,00
CENT VINGT DIRHAMS		

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

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Soins Ambulatoires

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 39 423 / 2023 du 16/03/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 16/03/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 16/03/2023

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 41 073 / 2023 du 20/03/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 20/03/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 20/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00	120,00
			Sous-Total	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
Solis Amharbas*



**HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA**
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 20/03/2023

Quittance - Paiement espèces 0761649

IPP :

N° D'admission : 23.065 7768 Montant : 120 MB

Patient : Rafael Auner

Payé par : Linéine

Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE



Date : 16/03/2023

Quittance - Paiement espèces

0762711

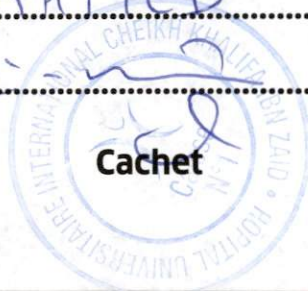
IPP :

N° D'admission : 2300656142 Montant : 120 000

Patient : RAOUZ AHMED

Payé par : [Signature]

Cachet





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 13/03/2023

Quittance - Paiement espèces 0763512

IPP :

N° D'admission : 2300653690 Montant : 12003

Patient : RAOUZ AHMED

Payé par :

Cachet