

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

150823

Déclaration de Maladie : № S19-0046202

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4236

Société : RAT

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HARAKAT Wafa Date de naissance : 25/06/1974

Adresse : Dar Nalak - Rue Tid Agark - CIL - Cas

Tél. : 0603 444 000 Total des frais engagés : 432,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/02/2023

Nom et prénom du malade : HARAKAT Wafa Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Infection urinaire

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 : Casablanca

Le : 05/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/02/2023	3	30000	30000	 FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAYID Pr CHAKIB ABDELFATTAH Directeur de Spécialité - Maladies Infectieuses 091829975

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LA SOURCE Dr. EL MOUNA 6-7 Rue Al Massouda 05.22.35.24.05, 05.22.36.26.79	15/02/2023	132

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

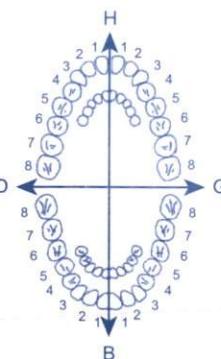
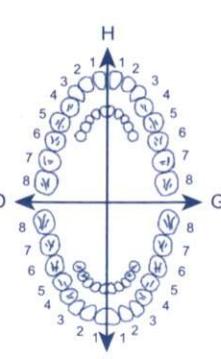
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCOEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CCOEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION												
																
																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

15.02.2023

mme HARAKAT Wafa



1/ Continat



5 jours

PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUINI MOUNA
Tél. 05 22 36 48 51 / 05 22 36 66 00

FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Pr CHAKIB'ABDELFATTAH
Directeur de Spécialité - Maladies infectieuses
091029975

27 Doliprane 1000 mg
14 0 2 1x2 l x Nog
PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUINI MOUNA
61 Rue Ain Asserdoun
Tél. 05 22 36 24 00 / 05 22 36 26 69



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 23.095 / 2023 du 15/02/2023

Nom patient : **HARAKAT WAFA**

Entrée 15/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 15/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE MEDECINE INTERNE	1,00		300,00	300,00
Total Frais Clinique			Sous-Total	300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements						Total encaissé	Solde
							300,00

