

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.

N° W19-438824

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	277	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL HANI Mohamed / YAMNA JADOU YAMNA			
Date de naissance : 1962			
Adresse : Bd. Moudawana N° 379 CASA			
Tél. : 052287536	Total des frais engagés : 700.000 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 09/05/2023			
Nom et prénom du malade : JADOU YAMNA Age: 51 ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection oculaire			
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

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
23/05/2023	G		300,00	INP - ISS - Professeur Assistant M. MOUSSA AZZA
23/05/2023	G		Gratuit	Professeur Assistant M. MOUSSA AZZA

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/05/23	345,00
	23/05/23	55,00

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								
	H <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> D <input type="text"/> G B <input type="text"/>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	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



Date : 09/05/2023

Quittance - Paiement espèces 0775812

IPP :

N° D'admission : 2300681371 Montant : 300 Dhs

Patient : SADOUIS YAMNA

Payé par : *ella*



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

Mme Jaoui



Chibrocadron



1/ 28,60 15 (15)

26,60 / 15,00
STEPHARMACE HANZA
CASABLANCA
Lot. Maj fatah Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur Assistant MOHAMED BOUAZZA
Contenance

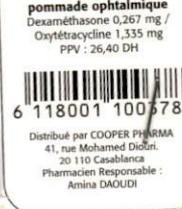
وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 09/05/2023

Mr. JA DOU Yamma

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

6118
STEREX
pommade ophtalmique
Dexaméthasone 0,267 mg /
Oxytétracycline 1,335 mg
PPV : 26,40 DH



28/1) chibrocadron ODG colly
1 gtt x 4lj pdt 15j

26/2) Sterdex rommade

1 gtt x 4lj le soir pdt 15j

Aquolatum collyre

1 gtt x 4lj pdt 0



STE PHARMACE HANNA
CASABLANCA
Lot. Haf Jatih Rue 6 N° 3 Lot 64
Casablanca - Tél. 0522 93 10 28



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 64 272 / 2023 du 09/05/2023

Nom patient : JADOUI YAMNA

Entrée 09/05/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 09/05/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
Email: contact@fcm.hck.ma
N° INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 09/05/2023

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2300681371
Nom patient	JADOUI YAMNA
Médecin	PR. BOUAZZA MOHAMED
Motif	CONSULTATION D'OPHTA
Encaissement	0,00
	<i>Visa accueil</i> MAN.ELB 12:04

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
N°INP 090061862