

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Nº M21- 067831

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 01118

Société : ALGÉRIENNE

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : NATIHA ABDELLAH

Date de naissance : 12.12.1982

Adresse : 161 lot la Jaamy

Tél. : 06 92 28 21

Total des frais engagés :

166922

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : nephropathie claqueuse

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 :

PLAISIR ALLAL BEN ABDELLAH MUPRAS

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-67831

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

1518

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

3001

Date de dépôt :

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
05/05/2007	Acte de soins		300000	300000 03760093 PRATICIEN MÉDECIN HONORAIRES NÉPHROLOGIE MÉDICALISATION
28/05/07				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
		1	1	1	1	100000

VOLET ADHERENT

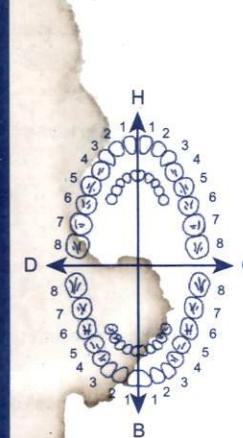
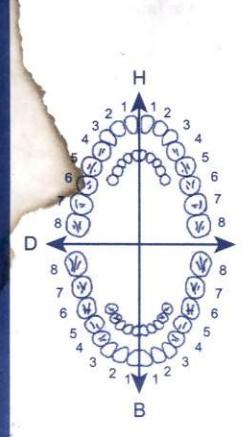
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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
			
			

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	B

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Coefficient des travaux

Montants des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient des travaux

Montants des soins

Date du devis

Date de l'exécution

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 05/05/2023



BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2300679893
Nom patient	NAJIH ABDESELAM
Médecin	PR. KHALFAOUI MOHAME
Motif	CONSULTATION DE NEPH
Encaissement	300,00
<i>Visa accueil</i> SAR.SLA 16:35	



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 230505163502SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300679893	NAJIH ABDESELAM	05/05/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	15756	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par SARSLA



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 62 857 / 2023 du 05/05/2023

Nom patient : NAJIH ABDESELAM

Entrée 05/05/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 05/05/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE NEPHROLOGIE	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	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00





05/05/23 15 33 51

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA

A0000000031010

VISA

M NAJIH YASSIR

401713*****1409

08/24 CARTE NATIONALE

221-0-0000-1-44

Num Commerçant 2220064

Num TPE 08171145

Num Transaction 000004

Num Autorisation 428410

Num STAN 015756

MONTANT : 300,00 MAD

DEBIT
Copie client

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74