

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 067831

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01118 Société : 166922

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NATHAN ABORSSOLAM

Date de naissance : 12.12.1992

Adresse : 441 Lot la Cour

Tél : 06 9727821 Total des frais engagés : Dhs

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 : néphropathie chronique

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) :

Pr. M. KHALFAOUI MOHAMMED AMINE

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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) : 300P

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Autorisation UNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 arrondissement - Casablanca 20000 - Tél. : 022 22 78 18 - www.mupras.com

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

05/05/2023
AM 13/21
28/04/07

300000A

PL. ASS. KHALILAH MOHAMED AMINE
DENTISTE
35533411

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

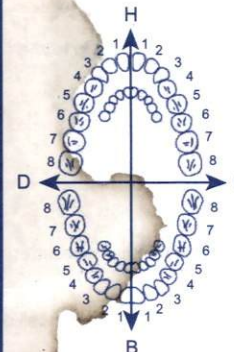
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| H | |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

(Création, remont, adjonction)

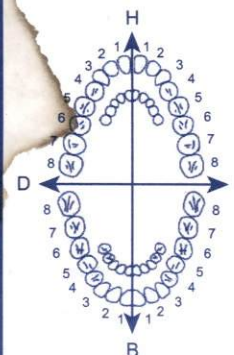
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

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



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 05/05/2023

BILLET D'ADMISSION

| | |
|--------------|--|
| N° admission |  2300679893 |
| Nom patient | NAJIH ABDESSELAM |
| Médecin | PR. KHALFAOUI MOHAME |
| Motif | CONSULTATION DE NEPH |
| Encaissement | 300,00 |

Visa accueil

SAR.SLA 16:35



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 230505163502SA / .

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|------------------|-------------------|
| 2300679893 | NAJIH ABDESSELAM | 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

F A C T U R E

N° 62 857 / 2023 du 05/05/2023

Nom patient : **NAJIH ABDESSELAM**

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 | 300,00 |
| | | | Sous-Total | 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