

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

- Reclamation : 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

M23- 0026462

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2493 Société : A94550

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SABIR

ABDELLAH

Date de naissance : 01.01.1949

Adresse : EL WIFAK, 3 Rue BO EL DUFFA

Tél. : 06627041934 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/11/24

Nom et prénom du malade : SABIR Abdellah Age : 74 ans

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

CPR

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT

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) : SABIR

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
13/01/2011	Actes	CS	3000 H
tel:			
Fax:			
Email:			
N°INPI:			

RES
Cachet et signature du
attestant le : **Pr. Said Al Cheikh**
Anesthésiste Réanimateur
Le 10/07/2017

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
		A M	P C	I M	I V	

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram showing a 3D grid system. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis to the left is labeled 'D', and the diagonal axis pointing down and to the right is labeled 'R'. The grid consists of small circles arranged in a cubic pattern, with numbers (1-8) placed in some of the grid points to indicate specific locations.

(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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 13/01/2024

Quittance - Paiement espèces

0846708

IPP :

N° D'admission : 2400811431 Montant : 3000 DH

Patient : Sofis Abdellah

Payé par : Mme Dame

Cachet





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 13/01/2024

Quittance - Paiement espèces

0846708

IPP :

N° D'admission : 2400811431 Montant : 300DH

Patient : Salim Abdellah

Payé par : M. Ndiaye

Cachet



Hépato-Gastro-Entérologue

Diplômé des Facultés de Médecine de Rabat et de Rouen

Echographie - Endoscopie digestive et interventionnelle

CPRE - Echo-endoscopie

ORDONNANCE

09/11/24.

M^r SABIR ABDELLAOUI

MANOMETRÉ ANO-RECTALE

constipation terminale

Dr BENNANI Youssef
Hépato/Gastro Entérologue
52, Bd Sidi Abderrahman, Casablanca
Tél 0522362416

Rendez-vous: 0611855595 / 0522362416 Urgences: 0661380313

62, Bd Sidi Abderrahman, 2ème étage, N°6, Beauséjour, Casablanca.

www.gastro-casa.com

Youssef.bennani@gastro-casa.com

Tram: Ligne T1, station Beauséjour

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : **6327 / 2024** du **13/01/2024**

Nom patient	SABIR ABDELLAH	Entrée	13/01/2024
	PAYANTS	Sortie	13/01/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE	1,00		300,00	300,00
Total Clinique				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

