

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-437019

No = 30758

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *5830*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ADGHOUMI LARBI

07/01/1965

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : *0641692083*

Total des frais engagés :

710,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *09/04/2020*

Nom et prénom du malade : *Rachidane Adghoghi*

Age : *13 ans*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Inflammation du coude*

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 : *ASFA*

Le : *01/07/2020*

Signature de l'adhérent(e) :

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
08/04/2020	CS	F.N. 39902	71900	INP : <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fond d'Innovation et de la Recherche <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Professeur <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Service <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

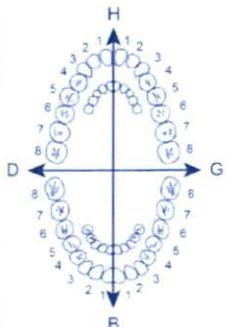
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

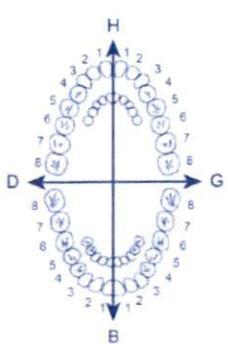
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Coefficient des travaux

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAIL X

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 07/04/2020



2000202096 / H0120010857

Prénom : Roudaina

Nom : ADGHOGHI

DDN : 17/08/2007 E: 07/04/2020

Service : PEDIATRIE (NA)



PAYANT

Sexe: M

1% Deliprone 500

1 sachet 16 H sur dosule

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur de Pédiatrie
Directrice de Pédiatrie


 20002096 / H0120010857
 Prénom : Roudaina
 Nom : ADGHOGHI
 DDN : 17/08/2007 E: 07/04/2020
 Service : PEDIATRIE (NA) /
 PAYANT
 Sexe: M

BILAN RADIOLOGIQUE

Age : 1.3 ans

Poids : Kg

Sexe : M F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

- Information du malade (histo sur le malade)
- Choc = douleur + de force fonctionnelle perturbée
- pas de conflits ... immobilités

• **RADIO STANDARD :** du coude gauche

FACE

PROFIL

..... Radi. de l'épaule gauche Face

• **ECHOGRAPHIE :**

• **SCANNER** :

Avec injection Sans injection

Créat :

BHCG : Positive négative

• **IRM** :

Pacemaker Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 39 902 / 2020 du 07/04/2020

Nom patient : ADGHOGHI ROUDAINA

Entrée 07/04/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 07/04/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION PEDIATRIE	1,00	CS	300,00	300,00
- Radiographie de l'épaule sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Radiographie du coude sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographique supplémentaire	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	710,00
Total Frais Clinique				710,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENT DIX DIRHAMS

Total 710,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	710,00	710,00	0,00

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Faturator