

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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Prothèse 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0033477

ALD: 33409

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 101961 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Laila FARANE
Date de naissance : 05/01/76
Adresse : lot les Bases 1 Imm G Apt 5
CPL
Tél. : 0660001952 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 :
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) :

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
01/01/2020	U.S.K.	5800	401,0	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/03/2020	297,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

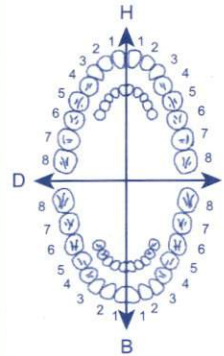
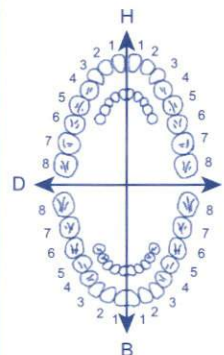
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				Coefficient DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date : 03 / 08 / 2020

Quittance - Paiement espèces

458838

IPP :

N° D'admission : Montant : 458838

Patient : RIFFE - REDA

Cachet

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 29867 / 2020 du 03/03/2020

Nom patient	RIFFI REDA	Entrée	03/03/2020
	PAYANTS	Sortie	03/03/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
PHARMACIE	1,00		108,10	108,10
			Sous-Total	108,10
Total Clinique				408,10

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
QUATRE CENT HUIT DIRHAMS DIX CENTIMES	Total	408,10

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

03/03/2020

03:12

Nom Patient	: RIFFI REDA	Numéro dossier :	2000192154
-------------	--------------	------------------	------------

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
02/03/2020	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	834349	1,00	6,54	6,54
02/03/2020	CLOPRAME 10mg Injecta (10)(1)	834349	1,00	1,39	1,39
02/03/2020	SPASFON 40mg Injecta (06)(1)	834349	2,00	3,43	6,86
02/03/2020	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	834349	1,00	29,90	29,90
02/03/2020	ANDOL 1g Injecta (01)	834349	1,00	18,80	18,80
02/03/2020	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	834349	1,00	5,20	5,20
02/03/2020	SERINGUE 10ML	834349	1,00	0,84	0,84
02/03/2020	COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	834349	1,00	5,14	5,14
02/03/2020	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	834349	1,00	0,44	0,44
02/03/2020	BANDELETTE ET LANCETTE DE GLYCEMIE	834349	1,00	4,99	4,99
02/03/2020	METRIS 5MG INJECTA (01)	834359	1,00	28,00	28,00
Total pharmacie					108,10

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 23 85 12 45
Fax : 23 85 12 45
E-mail : contact@hkhz.ma
N° d'urgence : 112