

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.

Diagnostique 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19-0043420

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10222

Société : R.A.M.

36059

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HACHEM AHMED

Date de naissance : 01.01.1957

Adresse : Route EL ADIDA N°8 Km 13

Tél : 0661 91 53 56

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Tarik Rahmani
Spécialiste en Dentisterie Pédiatrique
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid - Casablanca
Service Dentaire

Date de consultation : 07/07/2020

Nom et prénom du malade : HACHEM MARWA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Soins Dentaire

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) :

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE ICHRAK Lot. Diamant Vieux Center Immeuble 25 Magash CASABLANCA - Tél: 05 34 11 14 Email: ichrak.pharmacie@gmail.com</p>	07/07/20	180,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

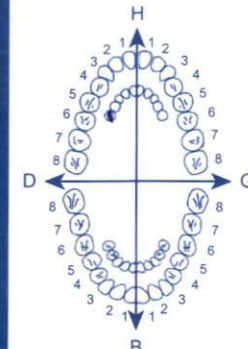
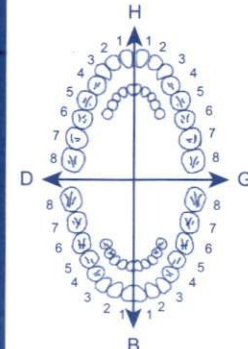
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	5 5	CS	Dr	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="Dr"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="209"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="07/07"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

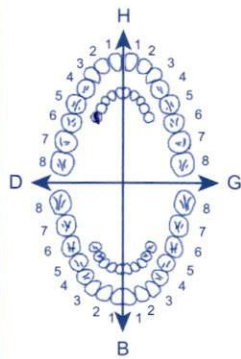
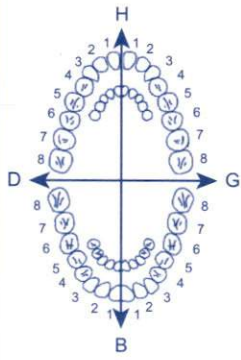
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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														
	5	5	CS	Dr	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="Dr"/>													
					MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="20900"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="07/07/20"/>													
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

07/07/2020.

UAEHEM Marwan Tan.

70.60 x 2

aigment sur



22.001 des pied 345 p 061

- Alfantel



02 cc bux 345

p 051

17.20

- Aferex sur



03 cc café 1h 20 am

chez 120v

180,410

PHARMACIE ICHRAK CENTER
PARAPHARMACIE
Lot. Ciamaq 1000000 Ichrak
Center Immeuble Magasin N° 7 Lissasfa
CASABLANCA - Tél: 0530 12 93 14
Email: ichrak.pharmacie@gmail.com

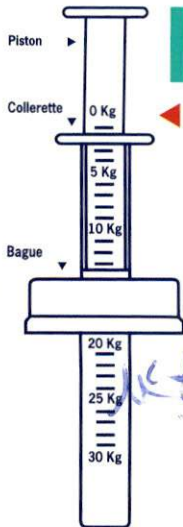
Dr. Farik Rahmani
Spécialiste en Dentisterie Pédiatrique
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid - Casablanca
Service Dentaire

PPV 22DH00

EXP 12/2022
LOT 96004 4

ALGANTIL®

17, 20



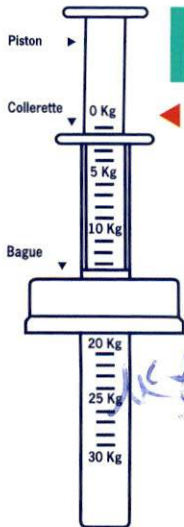
enfant

▶ **1 dose-graduation n°**

3 fois/jour, à prendre de
préférence au début des repas,
pendant jours.

جرعة رقم 3.... مرات في اليوم، من الأفضل
قبل الأكل، مدة.... يوم

PPV: 70,60 DH
LOT: 644176
PER: 10/2021



enfant

▶ **1 dose-graduation n°**

3 fois/jour, à prendre de
préférence au début des repas,
pendant jours.

جرعة رقم 3.... مرات في اليوم، من الأفضل
قبل الأكل، مدة.... يوم

PPV: 70,60 DH
LOT: 644176
PER: 10/2021

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 63 551 / 2020 du 07/07/2020

Nom patient : **HACHEM MARWA**

Entrée 07/07/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 07/07/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation dentaire	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total Frais Clinique				200,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
DEUX CENTS DIRHAMS	Total 200,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	200,00				200,00	0,00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Centre Dentaire
N° INP : 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 07.10.11

Quittance - Paiement espèces

0483849

IPP :

N° D'admission : Montant : 2000

Patient : Hachem Marwa

Cachet

