

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-509517

ND: 36964

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13225

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EL AFFAKI Hala

Date de naissance : 04/02/1995

Adresse :

Tél. : 06 48 11 82 40

Total des frais engagés : 661,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Hala EL AFFAKI

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 : Casablanca

Le : 12/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-509517

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 : 13225

Nom de l'adhérent(e) : EL AFFAKI

Total des frais engagés : 661

Date de dépôt : 12/08/2020

RELEVE DES FRAIS EN HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Mme S. Bégin Hôpital Chevrelot	Tel. 03 83 53 45 Fax : 03 83 53 44 11 Email : contact@hospitalechevrelot.fr	Votre facture Hôpital Chevrelot	INP : L091111 Hôpital Dr. [Signature]	
12/08/11				

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Tahar Aissa LEBLADI Tahar Aissa LEBLADI Tel: 05 20 32 15 15 Email: tahlia1974@gmail.com</p> 	M 8/23	MA 100

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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.

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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$\begin{matrix} H & \\ \begin{matrix} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \end{matrix} \\ \begin{matrix} D & G \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{matrix} \\ B \end{matrix}$ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 :

HALA EL AFFAKI

22,00

1) Cédel

89,00 1 gpx 3/5 per os 1S

2) Nagni adolit 1S

1/1; per os 1S

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Dr. Rajaa L. El HALI
Urgences

1S

PHARMACIE
Dr. Amna Chahbani
N° 102, 1er étage, 22, 32, 15, 16
Email:rahmanam278@gmail.com

PHARMACIE
Zewairi M'hamed Auri
Dr. Amna Chahbani
N° 102, 1er étage, 22, 32, 15, 16
Email:rahmanam278@gmail.com

111,00

22,00



GOUT CITRON - SANS SUCRE

300 mg

**MAGNESIUM
ADDITIVA**

89.00 DH

Ch.B.: / A consommer de préférence avant fin:

L88025 07 21

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 77 180 / 2020 du 11/08/2020

Nom patient : **EL AFFAKI HALA**

Entrée 11/08/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 11/08/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RX RACHIS CERVICAL F+P	1,00		250,00	250,00
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	550,00
Total Frais Clinique				550,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total 550,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	550,00	550,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
El Jadida
Fax: 05 22 89 28 54
Tél: 05 29 03 53 45
E-mail: info@hckz.ma
N°ICE: 001740003000026

Casablanca , le 11/08/2020

PATIENT : EL AFFAKI HALA

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Rachis cervical F+P**

Statique rachidienne conservée.

Canal rachidien de calibre normal.

Corps et disques inter vertébraux de morphologie normale.

Absence de signe d'uncarthrose ou d'arthrose inter somatique.

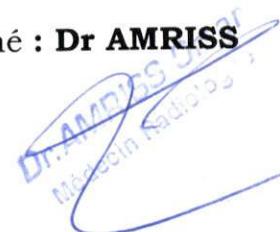
Disques inter vertébraux de dimensions normales.

Parties molles pré vertébrales d'épaisseur normale.

Absence d'anomalie au niveau des apex pulmonaires.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr AMRISS



Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél.: 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@fckm.hck.ma
 N°INP 090061562