

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 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-520428

49232 APR



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

12311

Société :

Autre :

ZEFZAFY ALINE

29/02/1984

Date de naissance :

Adresse :

Hay Riad Andalous Ambra 3 Imm 32 App 12

Tél. : 06-68-79-30-888

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

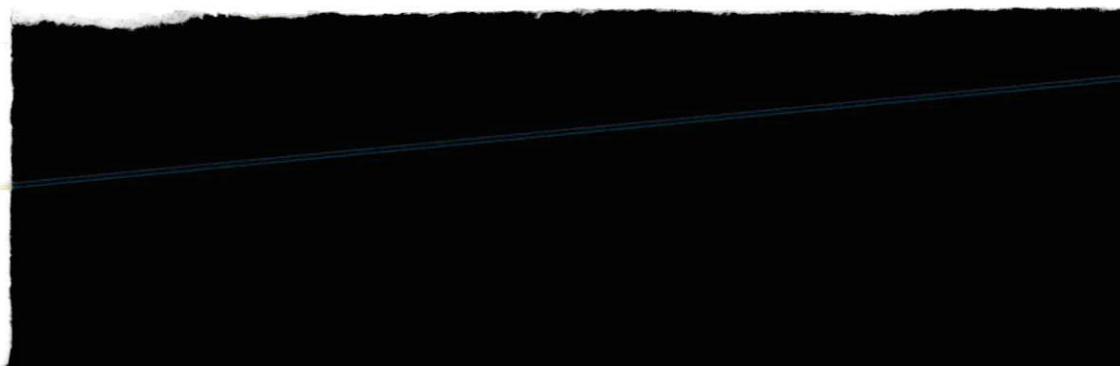
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

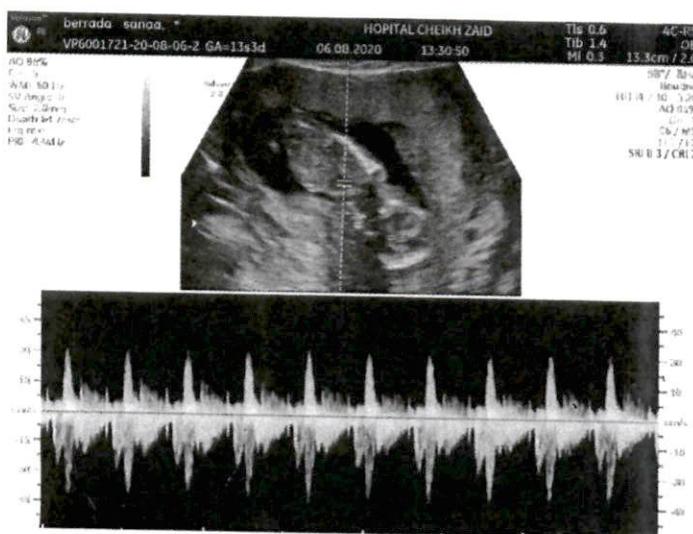


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires,	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/01/2024	Acte de consultation	1	100,00	INP :

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/08/2007	500	500

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, 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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>			H		G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																				
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
D		G																				
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	







Obstétrique Rapport

Page 1/3

HOPITAL CHEIKH ZAID

Informations sur le patient / l'examen

Date d'examen: 06.08.2020

ID Patient VP6001721-20-08-06-2
 Nom berrada sanaa
 DOB,Age
 Sexe Féminin

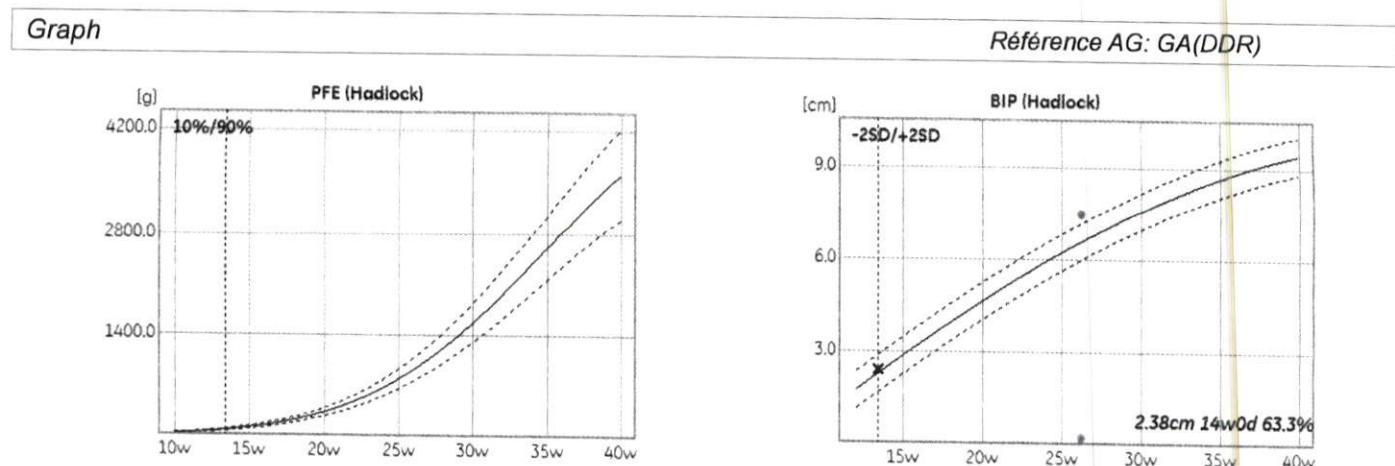
Gestité
 Parité
 AB
 Ectopique
 Fœtus 1

DDR 04.05.2020 DDC DPA 08.02.2021 AG 13w3d
 AG(MAE) 13w6d
 DPA(MAE) 05.02.2021

Praticien Méd. réf. Échographiste
 Commentaire Indication

Mesures 2D	MAE	Valeur	m1	m2	m3	Méth.	GP	AG
BIP (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	2.38 cm	2.38			moy.	63.3%	14w0d
DFO (HC)		3.16 cm	3.16			moy.		
CT (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	9.10 cm	9.10			moy.	59.8%	14w1d
CT* (Hadlock)	<input type="checkbox"/>	8.75 cm	8.75				46.0%	13w6d
LF (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	1.22 cm	1.22			moy.	51.2%	13w4d
LCC (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	7.53 cm	7.53			moy.	60.1%	13w4d

Calculs 2D	Plage
IC (BIP/DOF)	75% (70 - 86%)
LF/BIP	51% (AG: OOR)
LF/CT (Hadlock)	0.13 (AG: OOR)



Nom :

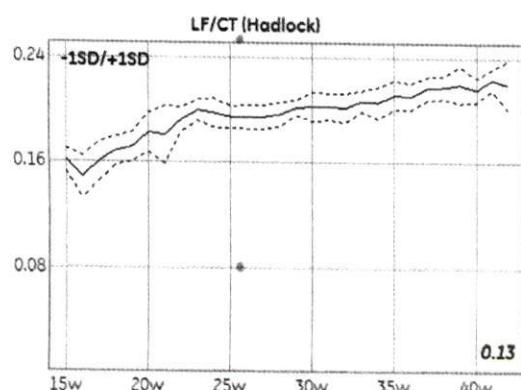
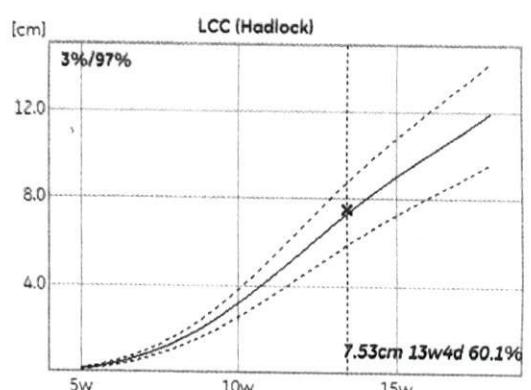
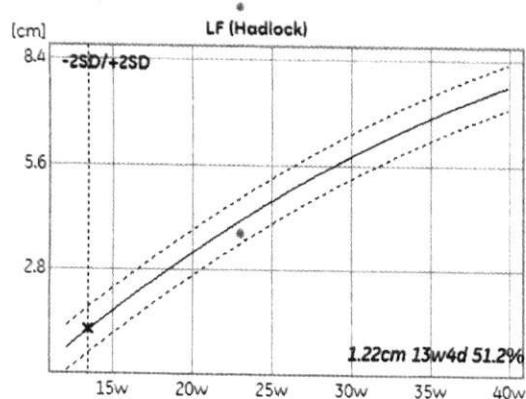
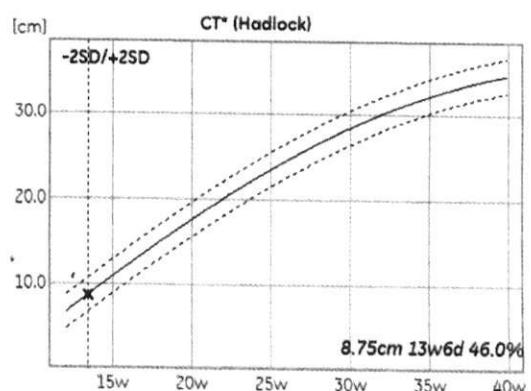
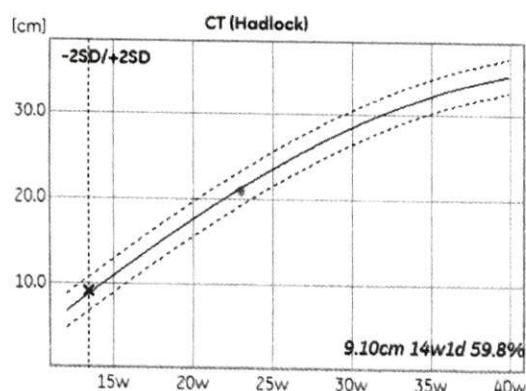
berrada sanaa

ID patient :

VP6001721-20-08-06-2

Graph

Référence AG: GA(DDR)

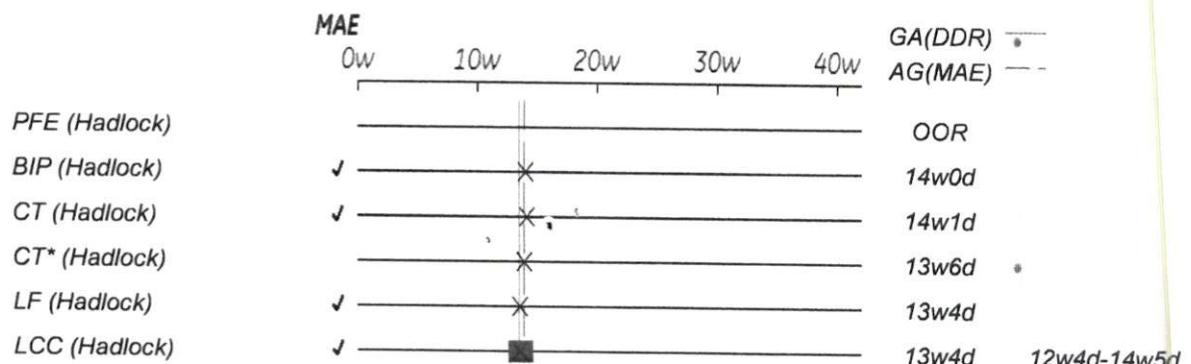


Nom : **berrada sanaa**

ID patient :

VP6001721-20-08-06-2

Graphique à barres



Date: **06.08.2020**

Praticien:

Échograph.:

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Quittance N°

2 231 855

Consultation le : 06/08/20 A

IPP : 1356 581 N° de dossier : A202682921 DI : 2 533 029

Patient : BERRADA SANAA

Montant : 400,00 Dh (quatre cents et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 1843

Date d'encaissement : 06/08/2020

Description : ECHO

Medecin : E0239 CHENGUTI ANSARI ANAS

Motif : HOPITAL DE JOUR

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 1

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00

Cachet du caissier :

N° 1617744



Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Consultation le : 06/08/20 A

Quittance N°

2 231 840

IPP : 1356 581 N° de dossier : C202679413

Patient : BERRADA SANAA

Montant : 300,00 Dh (trois cents et xx / 100)

Mode de paiement : Especes

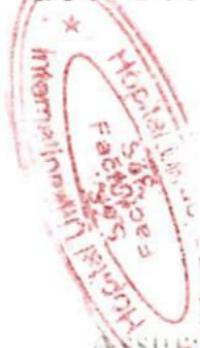
Date d'encaissement : 06/08/2020

Description :

Medecin : C0239 CHENGUITI ANSARI ANAS

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE

PT 2 533 026



CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 1

Cachet du caissier :

Le reçus auquel est jointe la facture est restitué du lundi au vendredi de 8h00 à 18h00 et le samedi de 8h00 à 12h00.

N° 1617743