

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

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| 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 caractére personnel.

ND N° P19- 0041471

15384

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1875 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUAKKACHI SANAH

Date de naissance : 15/03/1966

Adresse : HAY AL WALAH TR 6 SE 1 IM 1 APP 124 Sidi Mous

Tél. : 06 67 67 44 60 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/12/2019

Nom et prénom du malade : SANAH OUAKKACHI Age : 1968

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie ORL

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 :

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL



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
13.12.19	13.12.19	13.12.19	13.12.19	13.12.19

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/12/19	 89,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

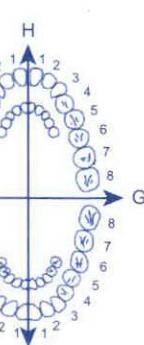
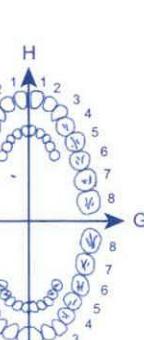
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
D 00000000 35533411	B 11433553			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
مستشفى 20 غشت 1953
Hôpital du 20 Août 1953



مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 12/12/19

ORDONNANCE

Docteur :

Tlme Sanaa Quakchachi

1 / Apical spray
ggs. 50
Apex x 31 ; SV

FRANCIE SALIHA
Dr. FARAL Nordin
Sidi Moussa - Tel: 05 22 77 08 17
Oral Chirurgie
Service facial
Hôpital 20 Août - Casablanca

DOUIMI Louisa
Oral Chirurgie
Service facial
Hôpital 20 Août - Casablanca



8 032578 479676

LOT

190254



2022/04

PPC : 89,50 DH



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
مستشفى 20 غشت 1953
Hôpital du 20 Août 1953



مستشفى بدون تدخين
التدخن يقتل

Casablanca, le : 12 / 2 / 19

ORDONNANCE

Docteur :

Af. T 3 ans

ATCDs: Diabetes sous ADO
HTA sous IT

Se pris te pour suspici - ste ce
phay-geé (ail.)

Pas de dysphagie - pas de dyspnée
Pas de dyspnée

Poss. An. dysphonia

Nasofibroskopie führte

Loges amygdalins litres - 8P litres

\Rightarrow III medic

Dr Ahmad
Dr M. I. L. Choudhury
Fax: 00 22 37 94 07
Dr. M. I. L. Choudhury
Central Hospital
Sector 20, Noida



IBN ROCHD
ابن رشد
Casablanca الدار البيضاء

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
مستشفى 20 غشت 1953
مصلحة استقبال المستعجلات
Hôpital du 20 Août 1953
Service d'Accueil des Urgences (SAU)



مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Oto-Rhino-Laryngologie

Chirurgie Maxillo-Faciale

N° Admission : 86787 N° Quittance :

Date : 12/11/2019 Heure : 15h10

Nom et prénom : ... Age : 1460

Adresse : SANAA

Oukhachachi

Circonstances de l'Urgence :

- Accident de travail
- Accident de la Circulation
- Brûlure
- Imprudence
- Maladie
- Violence
- Autres

53805
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Service des Urgences

✓

T.S.V.P

ORL
Otolaryngology

~~Ministère de la Santé~~
C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
20 Août 1953

Formation : Oeuvre fédérative

N° 053876

Reçu de M :

La somme de : Cest ce que je veux

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
<u>NASO</u>	
<u>où</u>	
Total	<u>150,00</u>

Le 13-12-19

Signature du
Régisseur et Cachet



Ministère de la Santé
C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
20 Août 1953

Formation :

Reçu de M.

La somme de :

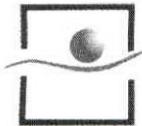
NATURE DE LA RECETTE	SOMME
13821	16
Total	60

Le

12/12/53

Signature du
Régisseur et Cachet

J. G. S.



FACTURE N° HDJ 38501 / 2019

N° PATIENT: 38501

Service d'Admission URGENCE ORL

Prénoms - Nom du (de la) Patient(e) SANNA OUKHCHACHI

Fils ou Fille de Et de

Date de naissance 15/03/1966 Lieu de naissance

Situation familiale Marié

Profession..... SANS

Nationalité..... MAROC Date d'entrée..... 12/12/2019

Adresse..... sidi moumen casa hay walaa tr 06 sect 01 imm 01 appt 124

Ville de provenance..... Casablanca

Mode de règlement (1)..... PAYANT

Date de réalisation:

I- Clinique

Prestations	Prix unitaire	I_cle	coef	qte	nbj	Service	Montant
Nasofibrolaryngoscopie		K	15	1	1	-	150.00

Total Clinique: 150.00

II- Pharmacie

Total Facture	150.00
Taux pris en charge	0 %
NET à payer (1)	150.00 ←
NET à payer (2)	0.00

Arrêtée la présente facture le 13/12/2019

au montant de: cent cinquante Dirhams

RIB : 310 780 100 302 400 411 030 135

(1) : patient

(2): organisme tiers payant

Cachet du bureau de la facturation

N°quittance et cachet du régisseur

053877
Régistre des factures
Service des Urgences
le 13/12/2019

vendredi 13 décembre 2019

Utilisateur : maroua

Page 1 sur 1