

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ETIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

ladie 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

5515e

Déclaration de Maladie : N° P19-0019996

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2957

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom : EL HAIL Noureddine

Date de naissance : 01/07/1956

Adresse : 9 ème AL D RO 88e

Tél. : 05 22 77 684193

Total des frais engagés :

34000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/12/2002

Nom et prénom du malade : EL HAIL Noureddine Age: 64

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Glycémie hyperglycémie

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 : RABAT

Le : 31/12/2002

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
21/12/20				<i>M. I. M. V - RABAT</i>
30				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie ALAFAG 135 Rue Ibla 1000 Rabat Bou Regreg Tel: 0522 33 64 01</i>	31/12/20	15,85

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<i>X</i>	31.12.20		250,00
			<i>75,00</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

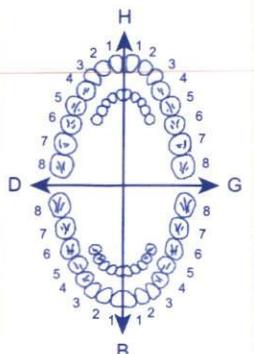
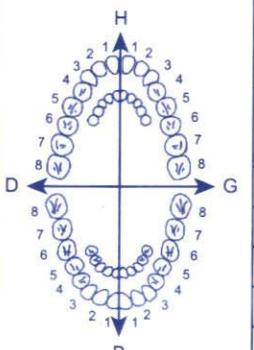
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN
POUR METTRE LES TIMBRES DE SOLIDARITE**

PHARMACIE		
Nb.	P.U.	TOTAL
1	15,80	15,80
Montant global	15,80	

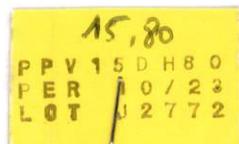
ORDONNANCE

(Seules les prescriptions inscrites dans cette partie feront l'objet d'un remboursement)

31/12/2020 Nom et prénom du malade
Naâl - EC DML

O profil M3 Rste

kg x 36



O My - 1g
kg x 370



Cachet
Médecin

Cachet du pharmacien

Quittance Hôpital militaire de ...

n° 200110 B30

Reçu de M

La somme de

B.L. Mat. N° 238 n^e
La somme de 250,00
8m

	300		250,00
			250,00

463499

Le 31/12/2023

Le Régisseur de Recettes.

Quittance Hôpital militaire de

N 2020181-73873
Reçu de M BL H L Me XDDIN
La somme de 21,00

	Ca Mé	21
		21,00

0465505

Le 04/01/21

Le Régisseur de Recettes.

✓



PARTIE RESERVEE A LA CNOPS



LIQ

CONT

2357



ROYAUME DU MAROC
FORCES ARMEES ROYALES
HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION MOHAMMED V
INPE : 100005214
Facture N° : 200110530

Date : 31/12/2020

Identité du patient :

IPP : 012026904	Nom : EL HAIL	Prénom : NOURDDINE
Grade/Titre :	Carte d'identite : B126531	Unité :

Informations Séjour :

Type séjour : CONSULTATION	N° séjour : 012000319561	N° Carte Mutuelle :
Payant direct : EL HAIL NOURDDINE		N° PEC :

Type entrée	Spécialité d'entrée	Date d'entrée	Type de sortie	Date sortie	NB JOURS
Admission normale	RADIOLOGIE CENTRALE	31/12/2020	-----	-----	-----

Forfaits associés

Désignation	Code	Date	Quantité Forfait	PU (base)	Part Totale
ECHOGRAPHIE	FECHO	31/12/2020	1	250,00	250,00

TOTAL Forfaits associés 250,00

Total Facture : 250,00 MAD

Arrêter la présente facture à la somme de :

Deux cent cinquante Dirhams

 Total Dossier : 250,00 MAD
 Part Patient : 250,00 MAD
Emargement :

Chef du Service de Facturation	Médecin Chef de l'HMIMV

9^{me} 2857



ROYAUME DU MAROC
FORCES ARMEES ROYALES
HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION MOHAMMED V
INPE : 100005214

Facture N° : 20201231073880

Date : 31/12/2020

Identité du patient :

IPP : 012026904	Nom : EL HAIL	Prénom : NOURDDINE
Grade/Titre :	Carte d'identite : B126531	Unité :

Informations Séjour :

Type séjour : CONSULTATION	N° séjour : 012000319296	N° Carte Mutuelle :
Payant direct : EL HAIL NOURDDINE		N° PEC :

Type entrée	Spécialité d'entrée	Date d'entrée	Type de sortie	Date sortie	NB JOURS
Admission normale	CONSULTATION URGENCE	31/12/2020			

Consultations

Désignation	Code	Date	Clé	Coéf/ Quantité	PU (base)	Part Totale
CONSULTATION SPÉCIALISTE	G2	31/12/2020		1	75,00	75,00

TOTAL Consultations 75,00

Total Facture : 75,00 MAD

Arrêter la présente facture à la somme de :

Soixante-quinze Birhams

Emargement

Total Dossier : 75,00 MAD
Part Patient : 75,00 MAD

Chef du Service de Facturation

Médecin Chef de l'HMIMV

140 2857

**ROYAUME DU MAROC
FORCES ARMEES ROYALES
SERVICE DE SANTE**

**HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION MED V
SERVICES D'IMAGERIE MEDICALE**

Identité : EL HAIL NOUREDINE

Le : 31/12/2020

ECHOGRAPHIE RENALE

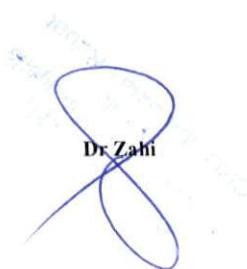
RESULTAT :

- Reins de taille normale de contours réguliers bien différenciés.
- Bonne différenciation cortico-médullaire
- Absence de dilatation des voies excrétrices.
- Absence de lithiase

- **Vessie sans anomalie pariétale**

CONCLUSION :

- Echographie rénale sans anomalie notable


Dr. Zahi