

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.

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.

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 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



Déclaration de Maladie : N° P19-0019996

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2957 Société : MAA
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : EL HAIL Nourah Date de naissance : 21/07/1956
Adresse : 70900 AD RABAT
Tél. : 77884103 Total des frais engagés : 34000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/12/2020
Nom et prénom du malade : EL HAIL Nourah Age : 64
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Glucose mépholique
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 : 31/12/2020


Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

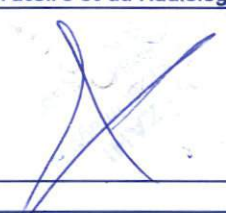
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/12/20	M/20			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/12/20	15,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	31/12/20		25,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

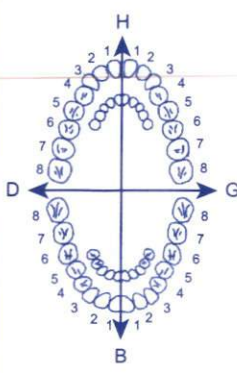
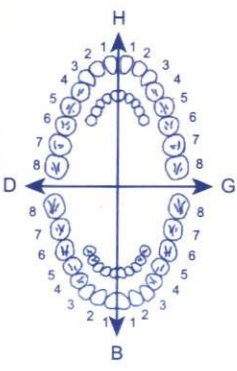
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

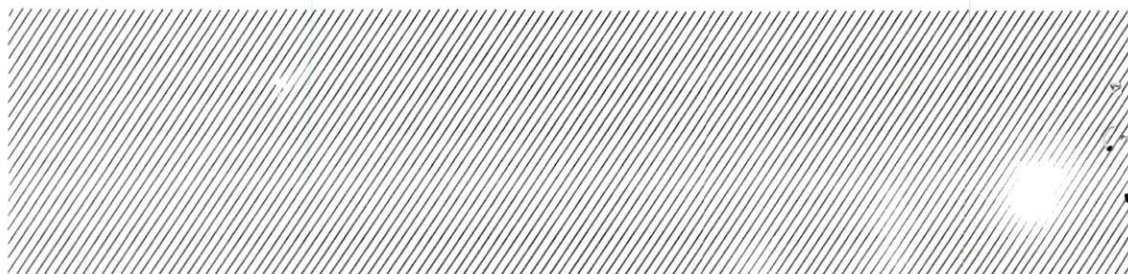
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div>H</div> <div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>G</div><div>B</div></div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

**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

Nomeli EC BML

@ proful my Rste

1/2 x 3/5

@ delye 1/2

1/2 x 3/5

15,80
PPV 15 DH 80
PER 0 / 23
LOT 02772



 **Pharmacie ALAFAD**
1.3.5 Rue Ila Abou Madi
- BERRECHID -
Tel: 0622 33 64 01



Cachet du pharmacien

р 20110130

Reçu de M

La somme de

463499

Le 31.12
Le Régisseur de Recettes.

Ich
muss

26.0

250


μ 2.201211-7485

Reçu de M

La somme de

0465505

Le 04/04/2014
Le Régisseur de Recettes,



CONT

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'identité :	B126531	Unité :	

Informations Séjour :

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

Type entrée	Specialité 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 :

<u>Chef du Service de Facturation</u>	<u>Médecin Chef de l'HMIMV</u>
	

942 = 2957



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'identité : B126531	Unité :

Informations Séjour :

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

Type entrée	Specialité 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 Dirhams

Emargement :

Total Dossier : 75,00 MAD

Part Patient : 75,00 MAD

Chef du Service de Facturation

Médecin Chef de l'HMIMV

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 lithiasc

- **Vessie sans anomalie pariétale**

CONCLUSION :

- Echographie rénale sans anomalie notable


Dr Zahi