

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W19-600474

58124

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3263

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HARACHE BOUCHAIB

Date de naissance : 01/10/57

Adresse :

CASA

Tél. 0649 504193

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/01/2012

Nom et prénom du malade :

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 :

Le : 13/01/2012

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
18/01/20	C.S	300		INP : 10000000000000000000000000000000 Date : 18/01/2020 Signature : Dr. TAHIRI HASSAN

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
REVEAL SARL PHARMACIE CHIEF M.TAHIRI HASSAN Hay Hassani 10 Ave. Aïcha El Kacem 10522 Casablanca	28/01/2021	0.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

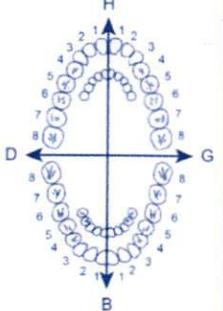
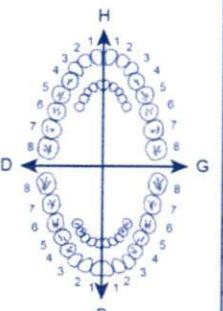
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMA DENTAL M. TAHIRI HASSAN	28/01/2021	radiographie d'apnée	150,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

 O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	00000000	00000000											
G	35533411	11433553											
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
DATE DU DEVIS <input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

Dr. Hassan Fouad

① *Leg Roxy*



1 opp x 8/ij

M



Casablanca , le 08/01/2021

PATIENT

: HANNAN JAMILA

ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE DROITE

TECHNIQUE :

- Des coupes échotomographiques ont été réalisées au niveau des deux épaules de façon comparative à l'aide d'une sonde de 8 / 12 Mhz.

RESULTATS :

- Présence des encoches corticales de la tête humérale en regard de l'insertion des tendons supra et infra épineux.
- Les tendons supra épineux, infra épineux et sub scapulaire sont de taille normale et symétrique, d'échostructure homogène, de contours réguliers, gardant le parallélisme des bords sans solution de continuité.
- Absence de syndrome de masse péri articulaire.
- Absence d'épanchement synovial.
- Absence de calcification tendineuse.
- Absence de conflit lors des manœuvres dynamiques.

CONCLUSION :

Aspect échographique en faveur d'une enthésopathie des tendons supra épineux et infra épineux sans signe franc de rupture ou de bursite.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr BENSLIMA - Dr HABI

Date : 08/01/2021

Quittance - Paiement espèces

0533226

IPP :

N° D'admission : Montant : 3000 H

Patient : hanan Janila

Cachet

HOSPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facturation

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 2126 / 2021 du 08/01/2021

Nom patient : HANNAN JAMILA

Entrée 08/01/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 08/01/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de traumatologie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Opital Cheikh Khalifa ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 44 71
Email : contact@opital-khalifa.ma
N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 2210 / 2021 du 08/01/2021

Nom patient : HANNAN JAMILA

Entrée 08/01/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 08/01/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Echographie de l'épaule	1,00		500,00 Sous-Total	500,00 500,00
Total Frais Clinique				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Total 500,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	500,00				500,00	0,00

Centre médical HCK - KM.06
Tel: (+212) 0529 00 44 66
Service Radiologie
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid