

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.
- Ur. 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 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.

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

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

N° W21-605562 / 1310 CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9160 Société : 63524
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RAJI NAIRA
 Date de naissance : 14/01/66
 Adresse : LOT NASSIRA HASSANIA APP64 - OULFA
 Tél. : 0651088853 Total des frais engagés : 379,15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hicham BAHIRI
 Réanimation - Urgences
 Traitement de la Douleur
 090061862
 MUPRAS
 7 MARS 2021
 ACCUEIL

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Traumatisme
 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 : CASA Le : 12/03/2021
 Signature de l'adhérent(e) :


VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-605562

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 9160
 Nom de l'adhérent(e) : HAKAM
 Total des frais engagés : 379,15
 Date de dépôt : 12/03/21

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
04/03/2011	Chirurgie		300	

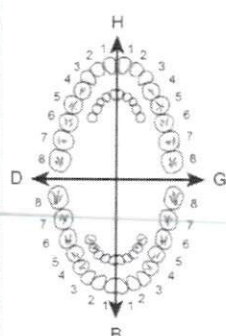
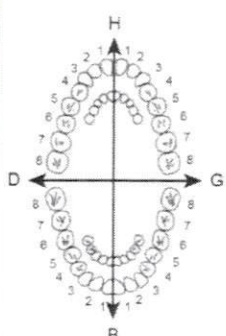
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/03/2011	28,20

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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														



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

09/03/2021



2100315613 / 160922190316SO

Prénom : Hakam

Nom : EL AREJ

DDN : 16/10/2001 E: 09/03/2021

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: M

PPV
LOT
PER

8820

2820
- Sulpidol 50
1 gr 3 x 1/5

1-163587
WAM
252, Bd. W. B. 2000, Rabat El Oudja, Casablanca
Tél: 05 22 99 17 50 Fax: 05 22 99 17 50

Dr. Hicham BAHIRI
Réanimation - Urgences
Traitement de la Douleur
090061862

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : EL AREJ HAKAM	N° Facture 26 426	2100315613
------------------------------------	--------------------------	-------------------

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1	14,10	14,10
GLUCONATE DE CALCIUM 10% Injecta (50)	1	3,63	3,63
MIDAZOLAM A 5mg Injecta (10)	1	7,87	7,87
MIDAZOLAM MYLAN 5mg Injecta (10)	1	11,96	11,96
Sous-Total médicaments			37,56
INTRANULE G 20	1	1,82	1,82
LUNETTE A OXYGENE ADULTE	1	4,49	4,49
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	5,69	5,69
SERINGUE 10ML	1	0,84	0,84
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,55	0,55
Sous-Total consommable médical			13,39
Total pharmacie			50,95

Dr TAL CHIKH KHALIFA

En Exécution

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID


F A C T U R E

N° : 26426 / 2021 du 09/03/2021

Nom patient	EL AREJ HAKAM	Entrée	09/03/2021
	PAYANTS	Sortie	09/03/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
PHARMACIE	1,00		50,95	50,95
			<i>Sous-Total</i>	50,95
Total Clinique				350,95

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	Total	350,95
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS QUATRE-VINGT-QUINZE CENTIMES		


 HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
 Admission Facturation

Date : 09 / 03 / 2021

Quittance - Paiement espèces

0550720

IPP :

N° D'admission : Montant : 300,05 MA

Patient : EL Anej HAKAN

Cachet



HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

Admission Facturation

KHALIFA

Admission Facturation