

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJET:

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 canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début du 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



Declaration de Maladie

N° W21-604796

66560

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 873 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MEKKI CHIADMI

Date de naissance : 25/06/1947

Adresse :

Tél. 0661 34 47 98 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENAZZOUC Mustapha
Professeur en Hépatogastroentérologie

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Tu meurs du Pancreas

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
	Echographie			INP : 15/10/21
	Low A.G.			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/03/21		3500

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 d

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية
مستشفى الشيخ زايد
مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Quittance N°

2-370-280

IPP : 1 546 409 N° de dossier : A212963374

DI : 2 694 229

Patient : CHIADMI MEKKI

Montant : 3 500,00 Dh (trois mille cinq cents et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 0009

Date d'encaissement : 27/03/2021

Description : ECHO ENDOSCOPIE

Medecin : E0209 BENZAOUZ MUSTAPHA

Motif : HOPITAL DE JOUR



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la URGENCE CAISSE

Cachet du caissier :

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

N° 1736291



N° DE FACTURE : 2021/P/38142 MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS
IPP : 1546409 DATE ENTREE : 27/03/2021
N ° DOSSIER : A212963374 DATE SORTIE : 27/03/2021
NOM & PRENOM : CHIADMI MEKKI DATE FACTURATION : 27/03/2021

FACTURE

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES			
ECHO ENDOSCOPIE (AVEC ANESTHESIE)	3 500,00	1,00	3 500,00
TOTAL ACTES : 3 500,00			



Arrêtée la présente facture à la somme de
trois mille cinq cents et xx / 100

TOTAL FACTURE	3 500,00
TOTAL ENCAISSEMENT	13 500,00
SOLDE	-10 000,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2021/P/38142
IPP : 1546409
N ° DOSSIER : A212963374
NOM & PRENOM : CHIADMI MEKKI

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS
DATE ENTREE : 27/03/2021
DATE SORTIE : 27/03/2021
DATE FACTURATION : 27/03/2021

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
<u>ACTES</u>			
ECHO ENDOSCOPIE (AVEC ANESTHESIE)	3 500,00	1,00	3 500,00

TOTAL ACTES : 3 500,00

Honoraires Medecins

ANESTHESISTE (F&A)

ECHO ENDOSCOPIE (AVEC ANESTHESIE)	500,00	1,00	500,00
-----------------------------------	--------	------	--------

TOTAL ANESTHESISTE (F&A) :	500,00
----------------------------	--------

BENAZZOUZ MUSTAPHA

ECHO ENDOSCOPIE (AVEC ANESTHESIE)	1 200,00	1,00	1 200,00
-----------------------------------	----------	------	----------

TOTAL BENAZZOZ MUSTAPHA :	1 200,00
---------------------------	----------

TOTAL Honoraires : 1 700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de trois mille cinq cents et xx / 100	Total général : 3 500,00
---	--------------------------

Total encaissement :	13 500,00	Solde	-10 000,00
----------------------	-----------	-------	------------

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

