

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.

Pathologie 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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2561 Société : RAM (75)30

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ALLAL BEN MATHOUF

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : LOT. ALLADAMOUN Rue 6 N°33 ouest

Tél. : 06 73 68 67 02 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

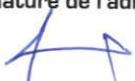
Nature de la maladie : Crise de neph

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 BIAN

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 24/06/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/10/2021 | Voir | fact | 269,82 | DOCTEUR GOURGÉ SUR ORDONNANCE DU 23/10/2021 |
| 25/10/2021 | Voir | | | |

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE DU CHEIKH SALLAH 16, AV. DE LA LIBERTE - 1000, DAKAR - OUAGA TÉL: 022-90.14.24 | 20/09/2014 | 21.620 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

| | | |
|----------|----------|----------|
| | 25533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| D | <hr/> | |
| | 00000000 | 00000000 |

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

23/06/2021



2100362497 / H0121017228

Prénom : MALIKA

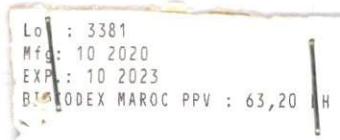
Nom : AKOZDEM

DDN : 01/01/1963 E: 23/06/2021

Service : URGENCES (NA)

RAYANT

Sex: F



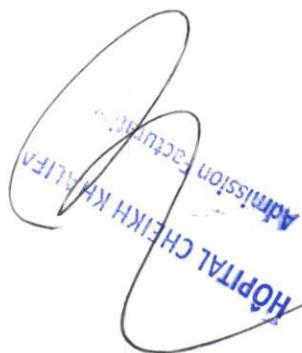
1. Stresam 80mg. 1cp/j le soir
63, ²w pendant 7 jours
puis 1cp/2j pendant 8 jours.

2. Relaxium 1cp le soir

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

23/06/2021
22:10

| Nom Patient : | AKOZDEM MALIKA | Numéro dossier : | 2100362497 | |
|------------------------|--|------------------|------------|--------------|
| Date | Produit consommé | N° BS | Quantité | Prix Unit. |
| 22/06/2021 | INTRANULE G 20 | 1095532 | 1,00 | 1,43 |
| 22/06/2021 | COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5 | 1095532 | 1,00 | 1,21 |
| 22/06/2021 | TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO | 1095532 | 1,00 | 0,55 |
| 22/06/2021 | OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01) | 1095532 | 1,00 | 29,90 |
| 22/06/2021 | MIDAZOLAM A 5mg Injecta (10)(1) | 1095532 | 1,00 | 7,87 |
| 22/06/2021 | SERINGUE 10ML | 1095532 | 1,00 | 0,84 |
| 22/06/2021 | PARACETAMOL 1G INJECT 1G INJECTA (01) | 1095539 | 1,00 | 12,73 |
| 22/06/2021 | PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET | 1095539 | 1,00 | 4,99 |
| Total pharmacie | | | | 59,52 |



Admission effectuée
HOPITAL CHEIKH KHALIFA

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 74999 / 2021 du 23/06/21

| | | | |
|-------------|----------------|--------|----------|
| Nom patient | AKOZDEM MALIKA | Entrée | 23/06/21 |
| | PAYANTS | Sortie | 23/06/21 |

| 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 | | 59,52 | 59,52 |
| Total Clinique | | | | 359,52 |

| | | |
|--|--------------|---------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT CINQUANTE-NEUF DIRHAMS CINQUANTE-DEUX CENTIMES | Total | 359,52 |
| | | |

B

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Admission Facturation

• HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CAÑABLANCA

BILLET DE SORTIE

| | | |
|--|-------------|----------|
| Nom du patient : AKOZDEM MALIKA | | |
| Chambre : NA | | |
| Médecin traitant AIT ACHOUR AMINE | | |
| Prise en charge PAYANT | | |
| Date entrée 23/06/21 | | |
| Date sortie 23/06/21 22:08 | | |
| Le caissier | L'infirmier | Le major |
| <i>Billet de sortie établi par : ABD.KAR 23/06/21 22:11 2100362497</i> | | |

Admission facturation
HOPITAL CHEIKH KHALIFA
ADMISSION

Date : *20/01/2024*

Quittance - Paiement espèces

0581766

IPP :

N° D'admission :

Montant

Patient : *Al Kh. 200 m -*

369,62

*HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
INTERNATIONAL
Admission*

Cachet