

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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 caractère personnel.

36630

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 02503 Société : R am R AM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse : LO T A TAB Damoun Rue M N g eloulfa

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

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.



Age : / /

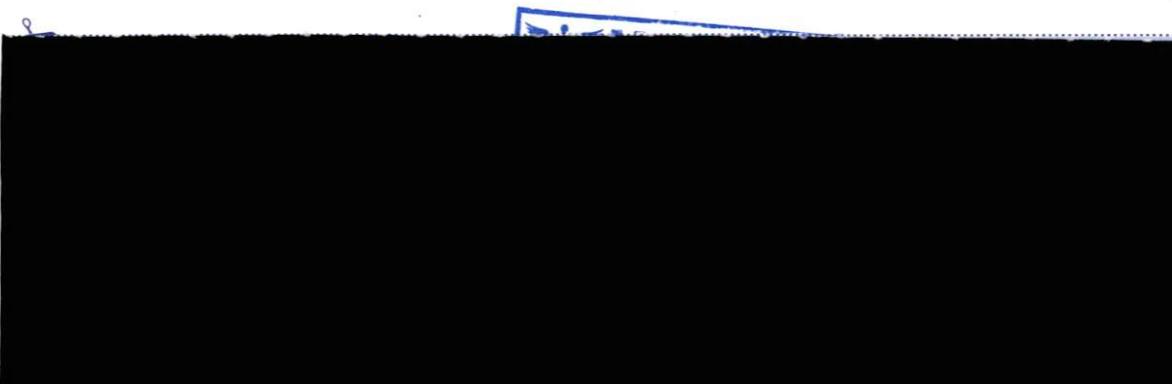
Enfant

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30/01/2021	Ven. fact.	HOPITAL CHEIKH KHALIFA ADMISSION N° 436	1073 DHT	Hopital Cheikh Khalifa Ibn HABBOU Dr. Melef Mohamed El Urgantie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HABIBI Siham GIER Docteur en Pharmacie 4, Résidence Annaiim - Quai tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca	30.01.2021	10.22.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 30/04/2021



2100338714 / H0121011642

Prénom : RACHIDA

Nom : NABIL

DDN : 01/07/1954 E: 30/04/2021

Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F



22.00

- Céadol cp



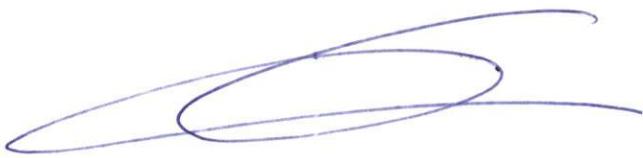
1 cp x 3/j pdt 07 jours 8

douleur



091250969

Rdv avec Pr Bensaleh en consultation
traumatologique le vendredi 07/05/21
matin



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 50438 / 2021 du 30/04/2021

Nom patient	NABIL RACHIDA	Entrée	30/04/2021
	PAYANTS	Sortie	30/04/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation initiale d'urgences hors déchocage	1,00		100,00	100,00
- Consultation de spécialiste en urgence	1,00		200,00	200,00
- Radiographie Epaule F et P	1,00		250,00	250,00
- Radiographie Avant bras face profil	1,00		250,00	250,00
			<i>Sous-Total</i>	800,00
PHARMACIE	1,00		273,00	273,00
			<i>Sous-Total</i>	273,00
Total Clinique				1 073,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
MILLE SOIXANTE-TREIZE DIRHAMS		Total
		1 073,00

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facture

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSUMMEE

30/04/2021
16:49

Nom Patient :	NABIL RACHIDA		Numéro dossier : 2100338714		
Date	Produit consommé	Nº BS	Quantité	Prix Unit.	Total
30/04/2021	BLOCAGE D'EPAUL ET BRAS	1063235	1,00	273,00	273,00
Total pharmacie				273,00	

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Admission E-001


 2100338714 / H0121011642
 Prénom : RACHIDA
 Nom : NABIL
 DDN : 01/07/1954 E: 30/04/2021
 Service : URGENCES (NA)


 PAYANT
 Sexe: F

BILAN RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : M F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

.....
.....
.....

• **RADIO STANDARD :** *épaule G*

FACE

PROFIL

• **ECHOGRAPHIE :**

• **SCANNER :**

Avec injection Sans injection

Créat :

BHCG : Positive négative

• **IRM :**

Pacemaker Dispositif métallique

Hôpital Cheikh Khalifa bin Zaid
Signature et caché du médecin des
urgences

Casablanca , le 30/04/2021

PATIENT : NABIL RACHIDA

EXAMEN(S) REALISE(S) : RX BRAS GAUCHE F+P

Minéralisation osseuse normale.

Fracture du col huméral avec sub luxation inférieure de la tête humérale.

Pas de lésion osseuse traumatique du reste de l'humérus.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr AZIZ**



Date : 30 / 4 / 2021

Quittance - Paiement espèces

0565800

IPP :

N° D'admission : Montant : 273.01T.

Patient : NABIL RACHIDA HOSPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facility

Cachet