

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

cique :

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 radiographie 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 à caractère personnel.

77299

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3081

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RADOUZ AHMED

1952

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662447016

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : RAO02 AHMED

Age: 69

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : pied diabétique

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



07 JUL 2021

ACCUEIL

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
11/06/21			CG	
12/06/21			CG	
21/06/21			CG	
21/06/21			CG	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

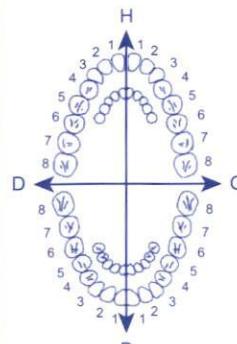
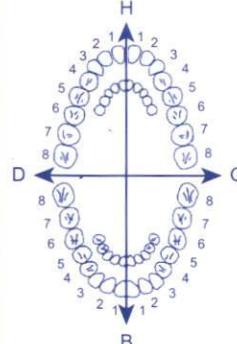
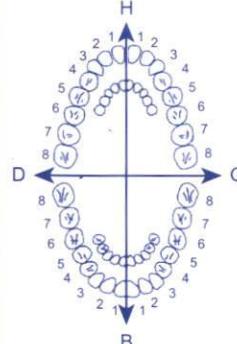
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	14/06/21	chau	neut	de	caut	120,00 HT
	17/06/21	chau	neut	de	caut	120,00 HT
	21/06/21	chau	neut	de	caut	120,00 HT
	24/06/21	chau	neut	de	caut	120,00 HT

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553			
D 00000000 00000000	G 00000000 00000000			
B				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

24/10/2012

Mr RABOUZ

Faire SVP

chèque et de présent

15/2



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 69 799 / 2021 du 14/06/2021

Nom patient : RAOUZ AHMED

Entrée 14/06/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 14/06/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Changement de pansement	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DIRHAMS	Total	120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00



Date : 17/6/2011

Quittance - Paiement espèces

0580989

IPP :

D'admission : Montant :
ent : 
Raouz Ahmed



Cachet

Date : 24/06/2011

Quittance - Paiement espèces

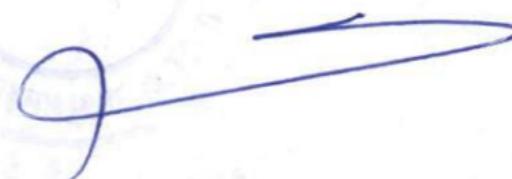
0581093

IPP :

N° D'admission : Montant : 12000

Patient : RAOUIZ AHMED

Cachet



Date : 14 / 6 / 2021

Quittance - Paiement espèces

0575379

IPP :

D'admission : Montant : 190 DH

Patient : Braouz ahmed

Cachet

Date : 21/06/2021

Quittance - Paiement espèces

0580399

IPP :

admission : Montant : 12000

nt : R.A.063 Ahmed

Cachet

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 71 899 / 2021 du 17/06/2021

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 17/06/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 17/06/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Changement de pansement	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DIRHAMS	Total	120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 73 115 / 2021 du 21/06/2021

Nom patient : RAOUZ AHMED

Entrée 21/06/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 21/06/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Changement de pansement	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DIRHAMS

Total 120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 75 073 / 2021 du 24/06/2021

Nom patient : RAOUZ AHMED

Entrée 24/06/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 24/06/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Changement de pansement	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DIRHAMS

Total 120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Sous-préfecture de Hay Hassani