

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.
- 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 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 |

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° W21-652260

enregistrée par Email le 28.09.21

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2572	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	8663
Nom & Prénom : FÉV HAMDI BOUABID			
Date de naissance : 30.06.59			
Adresse : W Bdx F Derouia Nouasseur			
Tél. : 0674456542	Total des frais engagés : 775,00 Dhs		

Autorisation CNPD N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr.DERKAOUI HASSANI Fahd
Spécialiste en Neurochirurgie
INPE 101177657
Hôpital Chleuh Zaid

Date de consultation : **29/06/2021**
Nom et prénom du malade : **L.BOUZAIANE** Age :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint
Nature de la maladie : **ACCUEIL**
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **ACCUEIL**

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudant 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 29/06/2021** Le : **/ /**

Signature de l'adhérent(e) : **L.BOUZAIANE**

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
29.02.23	9		3.000,00	<p style="text-align: center;">INP : 11111</p> <p>Dr.DERKAOUI HASSANI Fahd</p> <p>Spécialiste en Neurochirurgie</p> <p>INPE 101177657</p> <p>Hôpital Chlekh Zalel</p> <p>2023</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29.06.21	475,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []											
					COEFFICIENT DES TRAVAUX											
					MONTANTS DES SOINS											
					DEBUT D'EXECUTION											
					FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX											
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	00000000		B	G	35533411	11433553	
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	00000000		B													
	G	35533411	11433553													
					MONTANTS DES SOINS											
					DATE DU DEVIS											
					DATE DE L'EXECUTION											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Docteur :



Rabat, le :

29 - 6 - 2021

Carte maladie HZAF

268,00

11 Ancosil 90 mg 1/20

16/01

PER: 2022/02/24

RELAXOL 500MG/2MG

CP B20

P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

53,10

21 Relaxed 16/01/16 1/20

Arcoxia 90 mg

14 comprimés DH

P.P.V : 268,00 DH

Distribué par MSD Maroc

AMM 453/16DMP/21/INTO

70042493/



6 118001 160051

22,00

11 Cedax 16/01/16 1/20

PPV: 46DH00
PER: 07/22
LOT: J2890-1

46,00

EURO 16/01/16 1/20

22,00

28,80 x 3

Vitanew forte 16/01/16

T=475,5-

PPV
LOT
PER
28,80ANI Fahd
ChirurgiePPV
LOT
PER

28,80

28,80

PPV
LOT
PER

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Quittance N°

IPP : 1 559 348 N° de dossier : C213079196

DI : 2 758 762

Patient : MOUKHRIF NAJAT

Montant : 310,00 Dh (trois cent dix et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 29/06/2021

Description :

Medecin : C0939 FAHD DERKAOUI HASSANI

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE + FRAIS

DOSSIER

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 4

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

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

HCZ
2 426 087



Cachet du caissier :

N° 1787524