

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.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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 : 1830 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LOUZ Mohammed.

Date de naissance : 30/06/1943

Adresse : 29, Bd Abdellah Ben Yassine - Belvédère Casablanca

Tél. : 06 62 13 70 70 Total des frais engagés : 219,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. RSAISSI Chaimia
URL et Chirurgie Cervico-faciale
Hôpital 20 Août 1953 Casablanca

Date de consultation : 06/11/2019

Nom et prénom du malade : LOUZ Abdoulaziz Age: 16ans.

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA et le cas circulaire

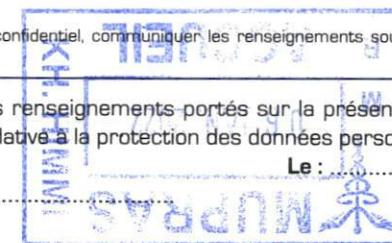
En cas d'accident préciser les causés et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-63974

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1830

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 219,50

Date de dépôt :

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
06/08/1981		1000.00	DR. RAISSI Chaimer Chirurgie Cervicale Hôpital 20 Août 1953 Casablanca et Chirurgie Generale Hôpital 20 Août 1953 Casablanca	DR. RAISSI Chaimer Chirurgie Cervicale Hôpital 20 Août 1953 Casablanca et Chirurgie Generale Hôpital 20 Août 1953 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/08/1981	1195

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	

VOLET ADHERENT

AT800

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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 d

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	21433552 00000000 35533411 11433553
D	00000000 00000000
G	B

[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

Casablanca, le : 26/11/2011

ORDONNANCE

Docteur :

Abdellatif Azzoug

64,~
 ① Mylk 10%

64,50

56 x 2 lir polt 21,50

33,00
 ② Spectrum Graftte

LOT : A000286
 PER : 05-2023
 PPV : 33,00DH

56 x 2 lir polt 21,50

22,00
 ③ Cidol

22,00

100 x 3 fl polt 60

119,10

Hôpital 20 Août 1953 Casablanca
 0212 / 22 48 30 30 - 31 / 32 / 33
 8541111 (Chambre)





Hôpital sans Tabac
Fumer tue

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
مستشفى 20 غشت 1953
مصلحة استقبال المستعجلات
Hôpital du 20 Août 1953
Service d'Accueil des Urgences (SAU)



مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Oto-Rhino-Laryngologie

Chirurgie Maxillo-Faciale

N° Admission : 60097 N° Quittance :

Date : 06/11/2011 Heure :

Nom et prénom : Lhouz Abdelaziz Age : 16 ans

Adresse :

Circonstances de l'Urgence :

- Accident de travail
- Accident de la Circulation
- Brûlure
- Imprudence
- Maladie
- Violence
- Autres

00062SS

CE avancé / ORL

T.S.V.P

Radiographie : Age: 16ans ~~FTCD~~: RAS

Diagnostic & traitement : MDC = CE Auriculaire

↓↓

DS = Extraction

↓↓

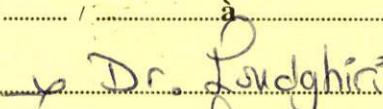
-Inypan = domycore

↓↓

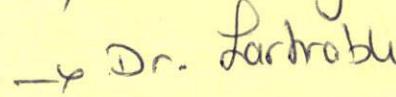
~~III~~ medic

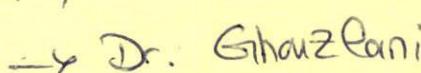
Revoir chez Jr pr Aspiration

Rendez-vous de consultation le : / à Heures

Medecin traitant: 

Signature et Cachet





Ministère de la Santé
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
Hopital 20 Aout 1953

Formation :

Louz Alsd 2420006259

Reçu de M :

Court 885

La somme de :

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
CE Louz	
Total	100,00

le

26/11/2021

Signature du

Régisseur et Cachet