

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## biologie 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 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 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



## Déclaration de Maladie

Nº M21- 06499

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... 2153 Société : ..... 111957

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : ECR BYAR yad

Date de naissance : 03/09/49

Adresse : C 28C1

Tél. 06688525619

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. IROND Oumkeltoum  
Médecin Interne  
CHU Ibn Rochd - Casablanca

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 / 02 / 2022

Nom et prénom du malade : El Byar Mohammed Age: 73ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Corps étranger de l'œil dt

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....  
B ACCUEIL B

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05.2.2022	Cst.CE		160,00	Dr. IRONDIO Umkeltoum Medecin Interne CHU Ibn Rochd - Casablanca
05/02/22				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	Coefficient DES TRAVAUX
				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'EXECUTION



Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

## URGENCES OPHTALMOLOGIQUES

Date 5/2/2022 Heure : 13h24

Médecin traitant : (cachet)

N° Quittance :

N° Admission:

Identité : Hohammed El Basyer  
Age : 1949

Antécédents :

Circonstances :

AVP  Accident de travail  Aggression  Imprudence  Maladie

Diagnostic :

CE/opht-

Examen clinique

Age : 1949

ATD : RAS

DC : CE OBC

À l'ex : CE mésophlyme canon central OD

Examen para clinique :

CAT. Abdalim faite

Lavage + Tat médical

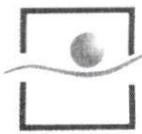
CAT :

Autres :

Avis Interservice :

Pansement :

RDV consultation du Service d'Ophtalmologie le : ..... à ..... h



FACTURE N° HDJ 3941 / 2022

N° PATIENT: 3941

Service d'Admission URGENCE OPH A

Prénoms - Nom du ( de la ) Patient(e) MOHAMED ELBYAR

Fils ou Fille de Et de

Date de naissance 03/04/1949 Lieu de naissance

Situation familiale

Profession.....

Nationalité..... MAROC Date d'entree..... 05/02/2022

Adresse..... CASABLANCA

Ville de provenance..... Casablanca

Mode de règlement (1)..... PAYANT

Date de réalisation:

### I- Clinique

Prestations	Prix unitaire	I_cle	coef	qte	nbj	Service	Montant
Corps étrangers superficiels non transfi		K	10	1	1	-	100,00
CONSULTATION PROF ASS	60	; ;	; 0	1	1	URGENCE OPH	60,00

Total Clinique: 160,00

### II- Pharmacie

Total Facture	160,00
Taux pris en charge	0 %
<b>NET à payer (1)</b>	<b>160,00</b> ←
NET à payer (2)	0,00

Arrêtée la présente facture le **05/02/2022**

au montant de: **cent soixante Dirhams**

RIB : 310 780 100 302 400 411 030 135

(1) : patient

(2): organisme tiers payant

Cachet du bureau de la facturation

N°quittance et cachet du regisseur



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

Quittance  
Hopital 20 Aout 1953  
0017686

Formation : Mohammed el Rayan  
Reçu de M :  
La somme de : Cent soixante 160

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
<u>CS + CECOPH</u>	
Total	<u>160,00</u>

le 05.2.2022

Signature du  
Régisseur et Cachet

