

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.

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

N° W21-705799

AA2852

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13025 Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : ALADYL SOSSAI MOHAMMED YASSIR			
Date de naissance : 28/07/1987			
Adresse : 150, RTE DE L'OBASIS, RÉS. JAWHARA, APPT 10, ETG 3			
... CASA BLANCA			
Tél. : 0666663994 Total des frais engagés : 1940,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : Dr Khalid MEZIAR Spécialiste Gynécologue Obstétricien 306, Bd Dacoura le 1er Casablanca Tél. : 05 22 22 26 16/22 09 90 Accouchement Hôpital 16, Rue des Hôpitaux Fax : 05 22 29 94 47 - Casa		
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : EL HANAFI - 82871 Houda Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Osteoartrite			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 77 AAR 2022			
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/10/2022

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
18/02/2022	Complément		1342	INP : 0008401 09 M 5266-0 CLINIQUE LES FLEURS Accouplement Chirurgie 16, Rue des Hôpitaux 16/02/2022 09:00 05 22 22 26 16/02/2022 09:00 05 22 22 26 16/02/2022 09:00 Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dossier de Prise en Charge

ملف تحمل العلاج

■ D'ASSURANCE

Tél: 05 22 20 35 75 / 76

Identité		N° de Police <i>24004610</i>
& cachet de l'Employeur		
Assuré Nom & Prénom	EL HAWAFI SEBTI HOUADA 9600	
Malade Nom & Prénom	Lien de Parenté <i>Elle même</i>	
Date de Naissance		
Nom & Prénom du Malade		<i>EL HAWAFI - SEBTI - Houda</i>
N° CIN ou Autres (Préciser)		<i>68 825 832</i>
Service d'Hospitalisation		
Medecin Traitant		<i>DR. M. ZOUAR</i>
Motif d'Hospitalisation (Actes)		<i>V.N.C</i>
Date d'Hospitalisation		
En Urgence le :		
OU Prévu le :		<i>08/04/2022</i>
Nbr. de Pièces jointes		Dont Certificat Médical Confidential Obligatoire
Réserve à l'Assureur Sinistre N°		<i>602209310</i>
Avis Technique du Médecin Conseil		
<input checked="" type="checkbox"/> Favorable/Accord du		<i>10/04/2022</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Désfavorable/ Rouf		<i>ACLS</i>
Prises		<i>10/04/2022</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Réserves		<i>ACLS</i>
Signature et Cachet de l'Assureur		Cachet Réception

Frais de Séjour		Nbr Jours	P.U.	Total H.T.
	Séjour Normal	03	400	1200
Durée Probable	Soin Intensif ⁽¹⁾			
	Réanimation ⁽¹⁾			
	Couveuse			
Nature des Prestations		Cotation	P.U.	Total H.T.
Consultations				
Actes Médicaux				
Actes Chirurgicaux		1000	300	3000
Anesthésie		450	30	1350
Bloc Opératoire / Salle d'accouchement		1000	25	2500
Surveillance Réanimation				
Surveillance Médicale ⁽²⁾				
Radioologie (Standard, IRM, Scanner, Echo...)				
Biologie				
Autres (Anesthésie, ECG, EEG, fibro, Colono...)				
Litotripsie				
Dialyses				
Pharmacie		1000	15	15000
Matériaux Osteo-Synthèse, Sang, Plasma				
Total de l'Estimation				

CLINIQUE LES FLEURS

ACCOUCHEMENT - GYNECOLOGIE - CHIRURGIE GENERALE
 16, RUE DES HÔPITAUX - 20360 CASABLANCA
 Tél.05 22 22 09 90 Fax : 05 22 29 94 47

F A C T U R E

N° 832 / 2022 du 08/04/2022

DUPPLICATA

Nom patient	ELHANAFI-SEBTI HOUDA	Entrée 08/04/2022	Sortie 11/04/2022
Prise en charge	RMA ICE001530601000041		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHAMBRE	3,00		400,00	1 200,00
BLOC	1,00		2 500,00	2 500,00
			Sous-Total	3 700,00
Pharmacie totale	1,00		1 500,00	1 500,00
			Sous-Total	1 500,00
Total Frais Clinique				5 200,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. MEZOUAR KHALID (gynécologue)	1,00		3 000,00	3 000,00
PR. MOUSSAID (anesthésiste)	1,00		1 500,00	1 500,00
			Sous-Total	4 500,00
Total prestations externes				4 500,00

<i>Références de la prise en charge</i>			
Immatriculation	40046100	N° prise en charge	
Affiliation	2600	2022003/0	
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>			
NEUF MILLE SEPT CENTS DIRHAMS			

	Espèces		Total encaissé	Solde
Encaissements	1 940,00		1 940,00	7 760,00

CLINIQUE LES FLEURS
 Accouchement Chirurgie
 16, Rue des Hôpitaux
 Tél. : 05 22 22 26 15 22 09 90
 Fax : 05 22 29 94 47 - Casa

CLINIQUE LES FLEURS

ACCOUCHEMENT - GYNECOLOGIE - CHIRURGIE GENERALE
16, RUE DES HÔPITAUX - 20360 CASABLANCA
Tél. 05 22 22 09 90 Fax : 05 22 29 94 47

COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Patient **Mme ELHANAFI-SEBTI HOUDA**

Chirurgien **DR. MEZOUAR KHALID**

Anesthésiste **PR. MOUSSAID**

Nature de l'intervention **CESARIENNE POUR UTERUS BICICATRICIEL.**

Date intervention **08/04/2022**

Type d'anesthési **Rachi**

Ouverture de la paroi:

- Hystérotomie segmentaire transverse*
- Extraction d un enfant de sexe Masculin -Poids 3.400Kg*
- Hyséroraphie au vicryl*
- Toilette péritonéale*
- Fermeture de la paroi plan par plan*

CLINIQUE LES FLEURS
Accouchement Chirurgie
16, Rue des Hôpitaux
Tél. : 05 22 22 26 16/22 09 90
Fax : 05 22 29 94 47
Dr. KHALID MEZOUAR
Spécialiste Gynécologie Obstétrique
306, Bd. Daoura 1er Et^e Chahdia
OLIFA - Casablanca
Tél. 05 22 22 09 90

CLINIQUE LES FLEURS

ACCOUCHEMENT - GYNECOLOGIE - CHIRURGIE GENERALE
16, RUE DES HÔPITAUX - 20360 CASABLANCA
Tél.05 22 22 09 90 Fax : 05 22 29 94 47

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° **832** / **2022** du **08/04/2022**

Nom patient : **ELHANAFI-SEBTI HOUDA** Entrée : **08/04/2022**
Prise en charge : **RMA ICE001530601000041** Sortie : **11/04/2022**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant Adh
PRESTATIONS				
K100	1,00		9 700,00	1 940,00
			Sous-Total	1 940,00

<i>Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :</i> MILLE NEUF CENT QUARANTE DIRHAMS	Total	1 940,00
--	--------------	-----------------

Total facturé au patient	9 700,00	Encaissements patient	
<i>Montant pris en charge par l'organisme</i>	7 760,00	Espèces	1 940,00
<i>Montant ticket modérateur à charge du patient</i>	1 940,00	Chèque	
		Carte bancaire	
		Solde	0,00

CLINIQUE LES FLEURS
Accouchement Chirurgie
16, Rue des Hôpitaux
Tél. : 05 22 22 26 16/22 09 90
Fax : 05 22 29 94 47 - Casa