

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.

119037

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1133

Société : Rm

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUANIR LAHIBIB

Date de naissance : 1946

Adresse : L'Allee Camille ACHOUR N° 4 MAARIF CASAB

Tél. : 0662531215

Total des frais engagés : 208,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08.06.92

Nom et prénom du malade : Age: 76

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Insomnie Perralax

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : 1/1/1

Signature de l'adhérent(e) :

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
18/5/522 CH			150.11	  <p>CHU IBN ROCHD Montant 20 Août 1953 Régisseur des recettes Signé : Aicha MAPHOR</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

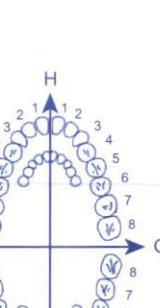
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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



IBN ROCHD
ابن رشد
Casablanca الدار البيضاء

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
مستشفى 20 غشت 1953
Hôpital du 20 Août 1953

RDV Le 27/4/22

à 84

Raté

RDV Le 24/5/22

284



Kingdom of Morocco
Ministry of Health

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

BILLET D'EXAMEN DE LABORATOIRE

Date : 20/04/2022

N° d'entrée :

Nom du malade : LAHBI B. Monir

Service : HTO

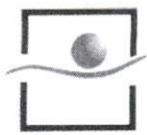
RENSEIGNEMENT CLINIQUE	REONSE LABORATOIRE
Age : 76 ans Présence à l'immunofixation : d'immunoglobuline G monoclonale à chaîne légère Kappa en faible quantité Faire SVP Mégrogramme	

Médecin traitant

Dr. H. A. B. LAHBI
Spécialiste en Pédiatrie
Hôpital Ibn Rochd
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd

Tél. : 05.22.48.30.31 / 32 / 33

Le Chef de Laboratoire



FACTURE N° HDJ 17670 / 2022

N° PATIENT: 17670

Service d'Admission HEMATOLOGIE

Prénoms - Nom du (de la) Patient(e) LAHBIB MOUNIR

Fils ou Fille de Et de

Date de naissance 0 an(s) Lieu de naissance

Situation familiale Marié

Profession..... SANS

Nationalité..... MAROC Date d'entrée..... 24/05/2022

Adresse.....

Ville de provenance..... Casablanca

Mode de règlement (1)..... PAYANT

Date de réalisation:

I- Clinique

Prestations	Prix unitaire	I_cle	coef	qte	nbj	Service	Montant
Myélogramme:Etude cytochimique		B	120	1	1	-	108,00

Total Clinique: 108,00

II- Pharmacie

Total Facture	108,00
Taux pris en charge	0 %
NET à payer (1)	108,00
NET à payer (2)	0,00



Arrêtée la présente facture le 24/05/2022

au montant de: **cent huit 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 régisseur

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

Quittance
Hopital 20 Aout 1953

Formation :

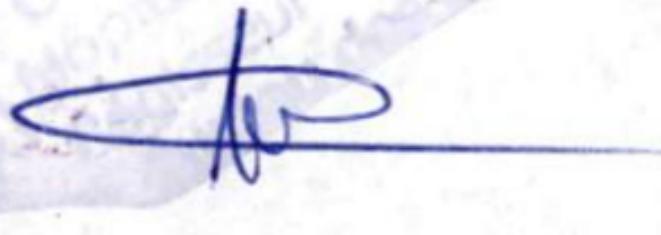
Reçu de M :

La somme de :

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
Chyphose	100
Total	100

le

Signature du
Régisseur et Cachet



Ministère de la Santé

C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance

Hopital 20 Aout 1953

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
C.H.U	150
Total	

038942

le 11 6 1953

Signature du
Régisseur et Cachet

C.H.U IBN ROCHD
Hôpital 20 Août 1953
Régisseur des recettes
Somme : 150

Ministère de la Santé

Bab el Oued