

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-710364

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <u>1624</u>	Société : <u>ND 101603</u>	<input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>AKRAM ABDELMAJID</u>		
Date de naissance : <u>01/01/1949</u>		
Adresse : <u>COTAINORNE NR 469 CASABLANCA</u>		
Tél. : <u>05 22 93 80 94</u>	Total des frais engagés : <u>480,10 DH</u>	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : <u>10/05/2022</u>	Age : <u>73ans</u>	
Nom et prénom du malade : <u>AKRAM Abdelmajid</u>		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Amétropie + Sécheresse oculaire</u>		
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'att. médecin 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 : CASA Le : 06/07/2022
Signature de l'adhérent(e) : Z.Z.J

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
<i>abortion CS</i>			300DH	INP : 091280586 Hôpital International Cheikh Khalifa Dr HADDOUGUI Soukaina Médecin résident Dentistologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TILLA Voie d'Aménagement HH 47 N°H Hay Laymouna - Hay Hassani Tel: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15 ICE 001551566000078 - IF: 40155060	10/05/2022	1.45.00
PHARMACIE TILLA Voie d'Aménagement HH 47 N°H Hay Laymouna - Hay Hassani Tel: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15 ICE 001551566000078 - IF: 40155060	10/05/2022	35.10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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 d...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				11111111

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21423553
D	00000000 00000000
B	00000000 11433553
G	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

10/05/2011

N° AURAN Abdelmajid

145,00

1) Apaiser



1 goutte x 6/1 + 1 mas

PHARMACIE TILIA
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H
Hay Laymound Hay Hassani
Tel 05 22 93 86 84 - Fax 05 22 93 87 15
ICE 001551566000078 - IF: 40155060



Pharmacie TILILA - Casablanca

Pharmacienne : Latifa El yousfi

Tel : 0522938684 Fax : 0522938715

Voie d'aménagement HH 47 Hay Laymoune . Casablanca



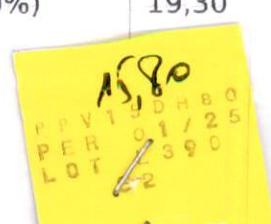
Facture N° 20220510-920

Date de vente : 10/05/2022

Médecin traitant :

Mr AKRAM Abdelmajid

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DOLIPRANE CO 500MG B16 COMP EFER	1	15,80	TVA (7.00%)	15,80
OTRIVINE 1% SPRAY NASAL	1	19,30	TVA (7.00%)	19,30
 				LOT : M0737 EXP : JAN 2025 PPV : 19,30 DH
				
Total HT				32,80 DHS
TVA				2,30 DHS
Total				35,10 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trente-cinq DHS et dix centimes

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 56 020 / 2022 du 10/05/2022

Nom patient : AKRAM ABDELMAJID

Entrée 10/05/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 10/05/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS Total 300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45 Fax: 05 29 00 44 77
N°INP 090061862
E-mail: comptes@fckmhdk.ma