

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.



Déclaration de Maladie : N° S19-0004289

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11440 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEN NAWLEY Hassan Date de naissance : 25/01/66
 Adresse : 61 Zouhir Oulfa Casablanca
 Tél. : 06 65 796 162 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : AGOU Aniss
 Date de consultation : 15/08/22
 Nom et prénom du malade : BEN NAWLEY Hassan Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Traumatisme crânien
 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 : Casablanca Le : 15/08/22
 Signature de l'adhérent(e) :


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

RELEVÉ 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
15/08/11	S		300,00	

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
	15/08/11	22 cheville	180,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

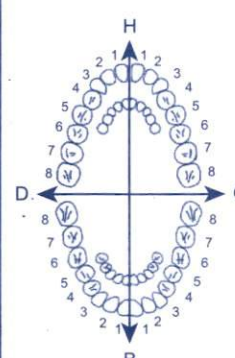
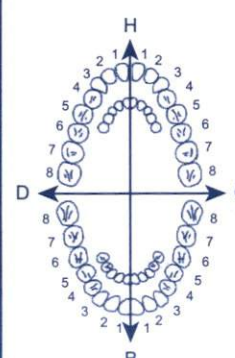
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



Mme Benmaulay Hafsa

Faire SVP:

- Radio de la cheville droite F+P


Dr CHAGOU Aniss
Orthopédie-Traumatologie
Tél : 091177519
Fax : 06 61 55 25 72

BEN Bouley Hassan
N^o 11440

Par la présente, je vous informe que ma fille
Hafsa BEN Bouley s'est tordu le pied droit le 14/08/22
en descendant les escaliers de la maison.

En effet, elle a glissé, ce qui a engendré
des douleurs et gonflement de la cheville droite.



Ben Bouley Hassan


Casablanca, le 15/08/2022

PATIENT : BEN MOULAY HAFSA

Rx CHEVILLE DROITE F/P

Résultats :

Minéralisation osseuse normale.

Interligne articulaire respectée.

Surfaces articulaires régulières.

Absence de calcifications des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé: **Dr HABI**



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 102 803 / 2022 du 15/08/2022

Nom patient : **BEN MOULAY HAFSA**

Entrée 15/08/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 15/08/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DE LA CHEVILLE DE FACE ET D	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	180,00
Total Frais Clinique				180,00


Arrêtée la présente facture à la somme de :		
CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS		
	Total	180,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			180,00		180,00	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 15/08/2022

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2200545836	214
Nom patient	BEN MOULAY HAFSA	
Médecin	PR. CHAGOU ANISS <i>Traumatologie</i>	
	Prestations CONSULTATION DE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE	
Encaissement	300,00 PAYANT	Visa accueil NAD.YAZ 11:47

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2208151147522860 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200545836	BEN MOULAY HAFSA	15/08/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	004679	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : NAD.YAZ

Hopital Cheikh Khalifa Ibn
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@cdkm.hck.ma
N°IMP 090651859

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 102.606 / 2022 du 15/08/2022

Nom patient : BEN MOULAY HAFSA

Entrée 15/08/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 15/08/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		300,00	300,00	0,00

Optical Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 22 89 28 54
 E-mail: contact@opticalkhk.com
 N° INP 090061862