

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9900

Société :

RAM

Actif

Pensionnée(e)

Autre :

Nom & Prénom :

QASIM ABDESLAM

Date de naissance :

04/05/1973

Adresse :

ATE ESSALAM, ALMASSMINA, VILLA 24, OULFA

CASABLANCA

Tél. :

0661151698

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/10/2023

Nom et prénom du malade :

ABDESLAM QASIM

Age:

49 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 11/10/2023

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
10/01/2013	CS	1	30000	INP : 111111111111 Dr. BENBOU Samir Urgentiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>MOTAHID</i>	<i>10/01/2023</i>	<i>222,00 DA</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

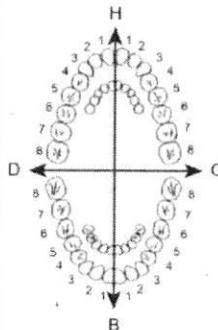
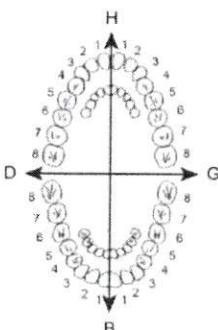
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODDF.

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"/>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	H 	G	H 	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<hr/>															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2300621921 / H0123001228

Prénom : ABDESLAM

Nom : QASM

DDN : 04/05/1973 E: 10/01/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

222,00

1) Augmentation 1g
15x3/j p^{al} 1206 T

PPU: 222,00 DH
LOT: 650801
PER: 08/24

2) Melot 1g
1g x 3/j

3) Soins locaux : 1j/2

4) Ablation du fil après 12j

صيغة المنشورة
PHARMACIE AL MOTAHIDA
SIDI MOUSSA SIDI ABDELAHMANS
BP 10000 CASABLANCA
TÉL : +212 529 038 868

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. BENBOU Samir
Urgentiste



190061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **5 191 / 2023** du **10/01/23**

Nom patient : **QASM ABDESLAM**

Entrée **10/01/23**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **10/01/23**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
PHARMACIE	1,00		132,24 Sous-Total	132,24 132,24
Total Frais Clinique				432,24

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENT TRENTÉ-DEUX DIRHAMS VINGT-QUATRE CENTIMES

Total **432,24**

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
			432,24	432,24	0,00



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : QASM ABDESLAM		
Chambre : NA		
Médecin traitant	BENBOU SAMIR	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	10/01/23	
Date sortie	10/01/23	20:58
Le caissier <i>Khalifa Ibn Zaid</i> 03 53 45 45 00 44 77 mail:comptabilite@casab.hck.men	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : MOH.RHO 10/01/23 22:00 2300621921		