

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

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-468490

150824



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 2854

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENTAHILA FARID

Date de naissance :

04/06/1947

Adresse :

RESIDENCE NAMIA Bd BRAHIM ROUDANI
577454826

Tél. : 06 14 63 68 88

Total des frais engagés : 1185,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

23/02/2023

Nom et prénom du malade :

BENTAHILA FARID

Age: 75

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint
Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Enfant

Nature de la maladie :

BENTAHILA FARID

PR. Ass HEDDAT Abdellali

Urologie

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 : 24/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/02/2013	Acte de Médecin	1000000000	1300000000	DR. ASS. KHALFA IBRAHIM ABDJALIL

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. ABDJALIL - MEDICAL CLINIC - 281, Bd. BOURGEOIS - 23237269 - Fax: 05 35 32 05 14	23/2/13	8860

ANALYSES - RADIGRAPHIES

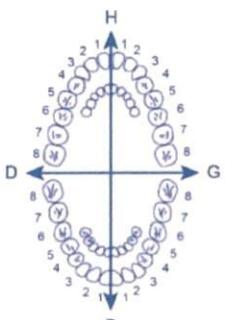
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

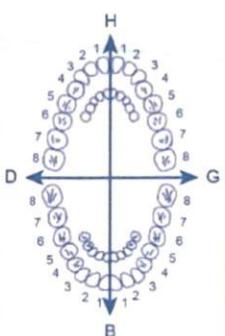
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
35533411	11433553
B	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'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

23/2/2023

BENTAHILA

Felic

PPV :
LOT :
PER :

147,60

PPV : 147,60
LOT :
PER :

Dr. Abdeltahil A. A. M. S.
Centre Commercial Nadia
281, Bd. Brahim Roudani
Tel: 05 22 23 72 69 - Fax: 05 22 23 72 56

PPV :
LOT :
PER :

147,60

PPV : 147,60
LOT :
PER :

PPV : 147,60
LOT :
PER :

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : **27691 / 2023** du **23/02/2023**

Nom patient	BEN TAHILA FARID	Entrée	23/02/2023
	PAYANTS	Sortie	23/02/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION D'UROLOGIE	1,00		300,00	300,00
Total Clinique				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : **230223111807IL** / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300644428	BEN TAHILA FARID	23/02/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1547	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : ILH.FIR

Hopital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Service Urgologie
N°P : 090061862
Tel.: 0529004466 / 0529004477