

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0050675

152678

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3106 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Moutal Zahra Veuve RAO
Date de naissance :
Adresse : El Inara 1 me 11 n°25 Ain chock
Casablanca
Tél : 06 66 42 72 40 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : / /

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
15.2.2023	15 Soins		6.09.00	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

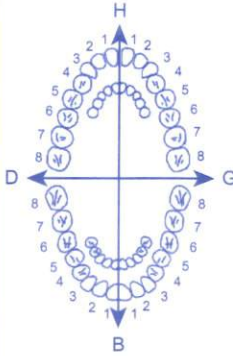
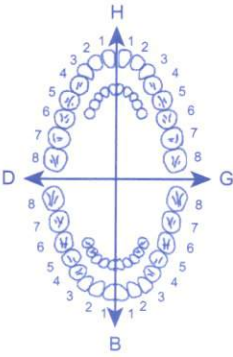
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT 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



FACTURE EXAMEN

N° Quittance

Code ANAM : 090005760

N° Compte Courant

Facture Examen Numéro : 2 023 / P / 3 103

TRÉSORERIE PROVINCIALE

Identification

Index Patient : 9 441

N° de Examen : 19 861

Nom et prénom : ZOHRA MOUTAL

CIN : B514676

Adresse : AIN CHOK

Médecin

Sur prescription du : DR EL GANDAOUI IBTISSAM

Spécialité : KINÉSITHÉRAPIE

Débiteur

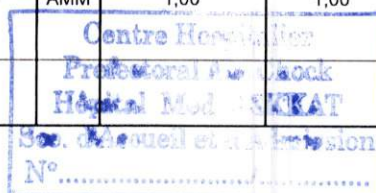
PAYANT



Date

Date de examen : 16/02/2023 10:01:00

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
Q - ACTES DE REEDUCATION/READAPTATION FONCTIONNEL							
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00





FACTURE EXAMEN

N° Quittance

N° Compte Courant

Code ANAM : 090005760

Facture Examen Numéro : 2 023 / P / 3 103

TRÉSORERIE PROVINCIALE

Identification

Index Patient : 9 441

N° de Examen : 19 861

Nom et prénom : ZOHRA MOUTAL

CIN : B514676

Adresse : AIN CHOK

Débiteur

PAYANT

Médecin

Sur prescription du : DR EL GANDAOUI IBTISSAM

Spécialité : KINÉSITHÉRAPIE

Date

Date de examen : 16/02/2023 10:01:00

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligné
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00
Montant Total:							600,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : SIX CENTS DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 600,00 DHS

15/02/2023 15:38:46

Facture Etablie Par Personnel N° : ZATMER

Signature du responsable :



ROYAUME DU MAROC

Quittance

Ministère de la santé et de la Protection Sociale

CHP AIN CHOCK - Casablanca

Reçu de M

La Somme de

N° 00742153/J

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
15 Séances	23	
kiné		
Total		6040

Cachet du
Service

Le

Signature du

Régisseur

15/10/2023