

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

- Reclamation : 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.

M22- 0052810

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3081 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RAOUF AHMED

Date de naissance : 1959

Adresse :

Tél. : 066247016 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : _____ / _____ / _____

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

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 : CASA Le : 20/02/23

Signature de l'adhérent(e) : RAOUF AHMED

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	20/02/23	chau	chau	chau	chau	120,00 DH
	23/02/23	chau	chau	chau	chau	120,00 DH
	27/02/23	chau	chau	chau	chau	120,00 DH

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr agrégé BELMIR HICHAM
Chirurgie digestive et endocrinologique
061168431

RADOUZ Ahmed

faire sup

Changement de
pansement

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr agrégé BELMIR HICHAM
Chirurgie digestive et endocrinologique
061168431

FACTURE

N° 29 250 / 2023 du 27/02/2023

Nom patient : RAOUZ AHMED

Entrée 27/02/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 27/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DIRHAMS

Total 120,00

	Espèces			Total encaissé	Solde
Encaissements	120,00			120,00	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 25 248 / 2023 du 20/02/2023

Nom patient : RAOUZ AHMED

Entrée 20/02/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 20/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DIRHAMS	Total	120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00

Sous Direction des Soins et Infirmier
Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 27 679 / 2023 du 23/02/2023

Nom patient : RAOUZ AHMED

Entrée 23/02/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 23/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DIRHAMS

Total 120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00

Soins Ambulatoires
Cheikh Khalifa
Hospital Universitaire Ibn Zaid
Casablanca
Maroc



Date : 23/12/2023

Quittance - Paiement espèces 0753324

IPP :

N° D'admission : 23006444118 Montant :

Patient :

Payé par :

Raouz Ahed
Kurib Radida



Cachet



Date : 20/02/2023

Quittance - Paiement espèces 0753668

IPP :

N° D'admission : 23 006619 84 Montant : 120.00

Patient : Riaz Ahmed

Payé par : lui-même

Cachet





Date : 04/09/2023

Quittance - Paiement espèces **0752281**

IPP :

N° D'admission : 2300646016 Montant : 120.00

Patient : Rabia Ahmed

Payé par : Sur Mère

Cachet

