

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUUPRAS 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

Déclaration de Maladie

M22- 0022359

189488

Matricule : 1464

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre : Retraite

Nom & Prénom : MR BAROUTI Mohamed Fouad

Date de naissance : 29-05-1945

Adresse : 2 Rue Jabraine Khalil Jabraine Avenue
Allal Ben Abdellah - FS

Tél. : 055 622736 Total des frais engagés : 75,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/12/2018

Nom et prénom du malade : Hayat Barouti Age : 67 Ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : CCI du S.G

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Cancer du sein

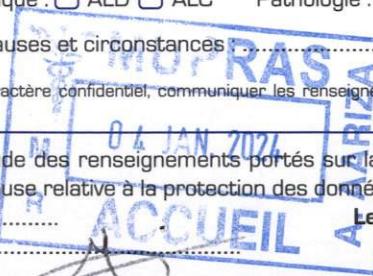
En cas d'accident préciser les causes et circonstances
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : FS Le : 20.12.2018

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
20/11/23			75,-	<p>Dr. ABDI Chame</p> <p>Praticien en Radiothérapie</p> <p>Bureau de Liquidation</p> <p>Bureau d'Admission et de Facturation</p> <p>Hôpital d'Oncologie</p> <p>N° 2</p> <p>REC HASSAN - FES</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

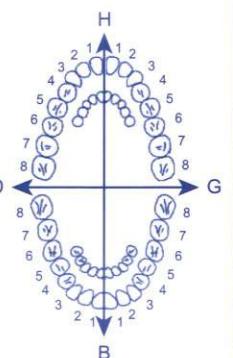
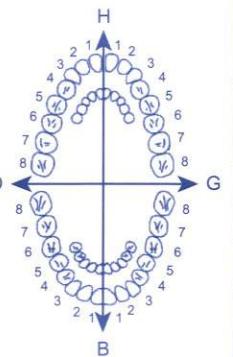
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
B																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

MINISTÈRE DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
CHU HASSAN II - FES
HÔPITAL ONCOLOGIE
INPE : 140061979



Facture N° 2023P230042

Organisme : PAYANT / MUPRAS

Episode : Ambulatoire

Bénéficiaire	Adhérent
IP : 335536	Nom : HAYAT BAROUTI
Nom : HAYAT BAROUTI	CIN : C98099
N° CP : 7993941	N° Dossier : C17646269
Date début : 20/12/2023	Date fin : 20/12/2023
Sce Entrée : SERVICE DE	Sce Sortie : SERVICE DE

Code	Description	Prix de base	%	Prix	Qté	Total Net
CSP	CONSULTATION D'UN SPECIALISTE	75,00	100,0000	75,00	1,00	75,00

Arrêtée la présente facture à la somme de Soixante-quinze Dhs et zéro centimes	Net à Payer	75,00
	Total Encassements	0,00
	Reste à payer	75,00

Créé par : FELMALALI Le : 20/12/2023 09:41:10

Editée par : FELMALALI le : 20/12/2023 09:41:10

Q864782

Cellule de Liquidation
Bureau d'Admission et de Facturation
Hôpital d'Oncologie
N° 2
CHU Hassan II - FES

CHU Hassan II - FES

Index patient	335 536		(Externe)	رقم المريض
Nom patient	HAYAT BAROUTI			الاسم و النسب
Couverture Social	MUPRAS			التغطية الصحية
Rendez-vous	18/12/2024 9:02			الموعد
Consultation	RADTH3 : CONSULTATION ANCIEN MALADE DE RADIOTHERAPIE			الاختصاص
Activité	AMS : ANCIEN MALADE DU SPECIALISTE			نوع الفحص
Batiment	<u>HOPITAL DE RADIOTHERAPIE ET D'ONCOLOGIE</u>			القاعة
Observations				ملاحظات

الرجو منكم الحضور ساعة قبل الموعد مرفقا بنسخة من بطاقة التعريف الوطنية ونسخة من بطاقة الراميد أو بطاقة التعاافية

Rendez-vous N°: 19035148 ; pris le : 20/12/2023 10:59:33

TOTAUX
REPORTS

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
HASSAN II - FES

N° 864782



QUITTANCE

Hôpital :	Barouti	
Reçu du M.	Hayat	
La somme de :	Soixante-Quatre DH	
Nature de la recette	EX	Sommes
Cs		75,00
130042		
Total		75,00

Le 20/12/2023
Signature Régisseur de Recette
P

Cachet du Service

Bureau d'Administration et de Facturation
Centre Hospitalo-Universitaire Hassan II