

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 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



Déclaration de Maladie

M22- 0022359

189488

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1464 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : MR BAROUTI Mohammed Fouad
 Date de naissance : 29-05-1945
 Adresse : 2 Rue Jabrane Khalil Jabrane Avenue Allal Ben Abdellah - FS
 Tél. : 0535 622736 Total des frais engagés : 75,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/12/2023
 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 : CCI du S.G.

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 : 20/12/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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
20/12/23				
20/12/23	C1		71.00	

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															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient 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 N° 2023P230042

Organisme : PAYANT / MUPRAS

Episode : Ambulatoire

Bénéficiaire		Adhérent	
IP : 335536		Nom : HAYAT BAROUTI	
Nom : HAYAT BAROUTI	CIN : C98099	N° Assu :	
N° CP : 7993941	N° Dossier : C17646269	N° Inscription :	
Date début : 20/12/2023	Date fin : 20/12/2023	PEC N° :	
See Entrée : SERVICE DE	See 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 Encaissements	0,00
	Reste à payer	75,00

9864782

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

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

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

Index patient	335 536		(Externe)	رقم المريض
Nom patient	HAYAT BAROÛTI			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	HOPITAL DE RADIOTHERAPIE ET D'ONCOLOGIE			القاعة
Observations				ملاحظات

المرجو منكم الحضور ساعة قبل الموعد مرفقا بنسخة من بطاقة التعريف الوطنية ونسخة من بطاقة الراميد أو بطاقة التعاضدية

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



N° 864782

QUITTANCE

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

Hôpital :

Reçu du M.

La somme de :

Nature de la recette	EX	Sommes
Cs		75,00
230042		
Total		75,00

Bureau d'Admission et de Facturation
Cellule de Liquidation
Hôpital d'Oncologie
C HASSAN II U
Cachet du Service
Le 20/12/2023
Signature Régisseur de Recette

TOTAUX
REPORTS