

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.

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

M22- 0009430

190688

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4681

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : N.O.U.I.B. N.Ahmed

Date de naissance : 30-06-52

Adresse : HAY KHODRA 20000 passage 8 n° 45

OL.FZ CASA

Tél. 0663.62.15.69 Total des frais engagés : 497,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / / 09.11.2018

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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 : 09/11/2018

Le : 21.12.2018

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0009430

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4681

Nom de l'adhérent(e) : N.O.U.I.B.

Total des frais engagés : 497,40

Date de dépôt :

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 |
|-----------------|--|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18/12/2013 | Hopital Universitaire Internationale Pr. agrégé ABDELLAH CHEHAB | 3000 DA | 11.11.13 09.12.13 | 11.11.13 09.12.13 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE L'EXTENSION 24 Rue de Lissac Extension - CASA Tél: 05 22 80 00 00</i> | 18.12.93 | 497,40 |

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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (1-4), upper right (3-6), lower left (5-8), and lower right (7-10). A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis pointing upwards and the horizontal axis pointing to the left. The vertical axis is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'G' on the right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

18/02/2023

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. agrégé ABDELJALIL HEDDAD
091177568

S.V

97.90
+
170.00

1/ Cefico 200
1cps x 2 j p/j

76.50 x 3

S.V

2/ Cefico x 2 m/j
1cps 1 j Cemr MK 8

6: 497.40



PHARMACIE L'EXT
24 Rue 8 Liessas
Extensien - CASABLA
Tel: 05 22 93 48



CEFIKO 200mg
Boite de 8
Comprimés pelliculés



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. agrégé ABDELJALIL HEDDAD
091177568



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 179 178 / 2023 du 18/12/2023

Nom patient : MOUHIB MOHAMED

Entrée 18/12/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 18/12/2023

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|----------------------|------------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| CONSULTATION D'UROLOGIE | 1,00 | | 300,00 Sous-Total | 300,00 300,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 300,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

| Encaissements | | | Carte Bq | | Total encaissé | Solde |
|---------------|--|--|----------|--|----------------|-------|
| | | | 300,00 | | 300,00 | 0,00 |

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Service Urologie
INPE : 090061862
Tel: 0529004477

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : **231218163956SA / .**

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|-----------------------|-------------------|
| 2300797703 | MOUHIB MOHAMED | 18/12/2023 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------|------------------------|---------------|
| CarteB | 572 Lui-même | 300,00 |
| | Total payé | 300,00 |

Reçu établi par :SAL.RAJ



مركز التقديمات

ACHAT

18/12/2023

15:27:59

9900397978

93979701

HOP CHEIKH KHALIFA G8

Casablanca

A0000000031010

xxxxxxxxxxxx4913

VISA

CARTE LOCALE

621-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION :000002

NUM AUTORISATION :341390

STAN :000572

TICKET CLIENT