

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

N° W21-815849



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9728 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DOUNIALI Nasih

1960 SA

Date de naissance :

01-04-68

Adresse :

habituelle

Tél. :

0634604777

Total des frais engagés :

813 Dhs

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

07/02/2014

Age: 20 ans

Nom et prénom du malade :

Lamhadj Zineb

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gabes e

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 : Casablanca

Le : 07/02/2014

Signature de l'adhérent(e) :

Cay

VOL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/29/2013 05/29/2013	Actes	N° = 244905 05/29/2013	61.70 DH	INP : 2011671815 Dr. Asmaa Khalil Urgentiste

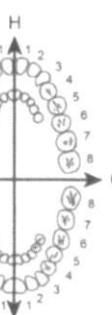
EXÉCUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date

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	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>											
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			[Création, remont, adjonction]	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
		H	25533412	21433552												
		D	00000000	00000000												
		B	35533411	11433553												
		G														
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



2400826725 / H0124004296

Prénom : ZINEB

Nom : LAMHAYA

DDN : 14/11/2003 E: 07/02/2024

Service : URGENCES (NA)

PAYANT

Sexe: F

PHARMACIE GHAFIRI

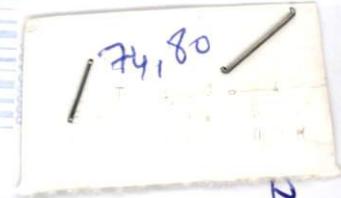
Casablanca, le :

22, Angle Bd Terrain de Sport,
Rue Abourrouse Ferme Dictionne
Casablanca - Tél: 05 22 25 06 45

74,80

Dr Asmaa AANATA
Urgente

Urgente



- Spectre Sos: **SV**

1 capsule pft 5 jours

116,50

- flagyl Sos: **SV**

1 capsule pft 5 jours



T 347,30

92,30

- Nefzot 160: **1S**

1 capsule pft 5 jours



110,80

- INEaiJ Tds **1S**

1 capsule pft 7 jours



22,90

- Nark 160: **1S**

1 capsule pft 7 jours



Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassan, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca
Standard 24H/24 • +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/2478
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

FACTURE

N° 21 496 / 2024 du 08/02/2024

Nom patient : LAMHAYA ZINEB

Entrée 07/02/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 08/02/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
PHARMACIE	1,00		165,70 Sous-Total	165,70 165,70
Total Frais Clinique				465,70

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENT SOIXANTE-CINQ DIRHAMS SOIXANTE-DIX CENTIMES

Total 465,70

Encaissements	Chèque			Total encaissé	Solde
	465,70			465,70	0,00

Ref Chq : CDM // 1991968/

Opéra Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
Email: contact@opera-km.tn

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

08/02/2024
00:12

Nom Patient : LAMHAYA ZINEB

Numéro dossier : 2400826725

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
07/02/2024	INTRANULE G 20	1713405	1,00	1,61	1,61
07/02/2024	SERINGUE 10ML	1713405	2,00	0,94	1,88
07/02/2024	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1713405	1,00	1,44	1,44
07/02/2024	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1713405	1,00	0,26	0,26
07/02/2024	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1713405	1,00	5,86	5,86
07/02/2024	APOTEL 100 MG / ML, S INJECTA (01)	1713405	1,00	15,01	15,01
07/02/2024	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	1713405	1,00	6,34	6,34
07/02/2024	CLOPRAME 10mg Injecta (10)(1)	1713405	1,00	1,39	1,39
07/02/2024	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (50)(1)	1713405	1,00	23,72	23,72
07/02/2024	SPASFON 40mg Injecta (06)(1)	1713405	1,00	4,35	4,35
07/02/2024	METRONIDAZOLE NORMON 500mg INJECTA (5)(1)	1713405	1,00	13,60	13,60
07/02/2024	CIPROFLOXACINE NORMON 200mg Injecta ((1)	1713405	2,00	45,12	90,24
Total pharmacie					165,70

Hôpital Cheikh Khalifa
 Tél: 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 e-mail : contact@icdm-tic