

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 396

Société : PAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUJIB MOHAMMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/07/2014

Nom et prénom du malade : MOUJIB MOHAMMED Age : 1944

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 : DERAOUA

Le : 21/10/2014

Signature de l'adhérent(e) : MOUJIB

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
15/07/2017			G	
	CS			

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
15/02/1989	15/02/1989	215 x ✓	225,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE
A LA REGION CASABLANCA SETTAT
DELEGATION PROVINCIALE DE BERRECHID
CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL DE BERRECHID
HOPITAL PROVINCIAL DE BERRECHID

BERRECHID, LE: 15/05/2014

ORDONNANCE

Mr

Mohamed Sayeb

105.00 ① Esterol



22.00

① Gide



18.00

Um 3h



Aus
205.00

Affric 1 kg





Royaume Du Maroc
Ministère de la Santé
Direction Régionale Casa blanca-Settat
Délégation Provinciale de Berrechid
Centre Hospitalier provincial de
Berchid
Hôpital Provincial de Berrhid



المملكة المغربية
وزارة الصحة
المديرية الجهوية لجهة الدار البيضاء - بسطات
المندوبيية الإقليمية لبرشيد
المركز الإستشفائي الإقليمي لبرشيد
المستشفى الإقليمي لبرشيد

Demande d'examen

Nom du malade : Abdel khawel Date : 15/02/2024
Service : N d'entrée :

Renseignements cliniques	Examens demandés
<p><u>2</u> <u>15</u> <u>X</u> <u>8</u></p> <p><u>des</u> <u>2</u> <u>chevilles</u></p>	<p><u>2</u> <u>15</u> <u>X</u> <u>8</u></p> <p><u>des</u> <u>2</u> <u>chevilles</u></p> <p> </p> <p>Cachet & Signature</p>



FACTURE CONSULTATION

Nº Quittance

Nº Compte Courant

Code ANAM : 060004819

Facture Consultation Numéro : 2 024 / P / 8 266

TRÉSORERIE PROVINCIALE

Identification

Index Patient : 52 248

Nº Consultation : 115 441

Nom et prénom : MOHAMMED MOUJEB

CIN : B224581

Adresse : BERRECHID

Médecin

Sur prescription du : CHEF SERVICE RADIO

Spécialité : RADIOLOGIE

Type de consultation : EXAMEN RADIOLOGIQUE DE LA CHEVILLE, MINIMUM DEUX INCIDENCES

Débiteur

PAYANT

Date

Date de consultation : 15/02/2024 12:24:39

Montant : 225,00 DH

ARRETER LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE : DEUX CENT VINGT-CINQ DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 225,00 DHS

15/02/2024 12:25:51

Facture Etablie Par Personnel N° : KHADOU

Signature du responsable :



Royaume du Maroc
Ministère de la santé

Délégation provinciale de berrchid

Centre Hospitalier Provincial de berrchid S.E.G.M.A

Reçus de M

La somme de

MOHAMMED

Deux cent vingt

NATURE DE LA RECETTE	EX	SOMME
71502)		225,00
N° 8266		
TOTAL		

Quittance:

00137070



Régisseur