

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- 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.

M23-000832

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12 47 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : THAÏLIZINeb

Date de naissance : 24/02/48

Adresse : Kayoubja nissin Rue 22 N 18 / 20

Tél. : 06 67 47 84 81 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



901718

Date de consultation : 16/03/24

Nom et prénom du malade : TAÏLIZINeb Age : 76

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 :

Le : /

Signature de l'adhérent(e) :



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
16/03/2024	Visite familiale	1	949,44	Hôpital Central de Chahraie Dr. ABD ALI Mehdi Urgentiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture


ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
AMBUL RC:45	SARL AU T:33662044 N:2279400082 GSM:06.61.66.09.49					100.00 H

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.

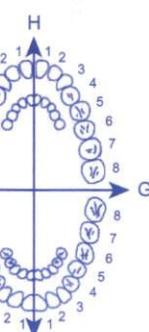
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. The upper arch is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, and 'B' at the bottom. The lower arch is labeled with 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'H' at the top. The teeth are arranged in a sequence: upper arch (H) has teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; lower arch (B) has teeth 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. Each tooth is represented by a circle with a number and a small 'Y' or 'V' symbol.

(Création, remont, adjonction)

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

16/03/2024

Nme Thailizine b

ECG



HÔPITAL CHÉIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

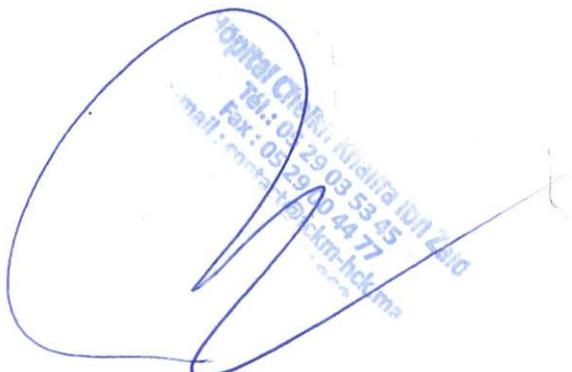
N° : 44411 / 2024 du 16/03/2024

Nom patient	THAILI ZINEB	Entrée	16/03/2024
	PAYANTS	Sortie	16/03/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ELECTROCARDIOGRAMME (ECG)	1,00		100,00	100,00
SURVEILLANCE D'URGENTISTE EN DECHOCAGE	1,00		450,00	450,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>550,00</i>
PHARMACIE	1,00		399,44	399,44
			<i>Sous-Total</i>	<i>399,44</i>
Total Clinique				949,44

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF CENT QUARANTE-NEUF DIRHAMS QUARANTE-QUATRE CENTIMES	Total	949,44





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 16/03/2021

Quittance - Paiement espèces 0866242

N° D'admission : 240089647 IPP : Montant : 949,44

Patient : Hmili - Bnes

Payé par : Boumya Nohman

Cachet

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

16/03/2024
15:14

Nom Patient :	THAILI ZINEB	Numéro dossier : 2400849649			
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
16/03/2024	COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	1745974	5,00	3,62	18,10
16/03/2024	FLAMMAZINE 50g Crème (01)	1745974	1,00	39,00	39,00
16/03/2024	MEBO 81-85,5G/ Pommade (01)	1745974	1,00	87,20	87,20
16/03/2024	PANSEMENT CUTICCELL CLASSIC 10X10CM(1)	1745974	3,00	14,30	42,90
16/03/2024	BANDELETTE ET LANCETTE DE GLYCEMIE	1745974	2,00	3,77	7,54
16/03/2024	MASQUE A O2 HAUT CONCENTRATION AD	1745974	1,00	12,87	12,87
16/03/2024	KIT PIQUAGE URG	1745974	1,00	19,40	19,40
16/03/2024	MASQUE A O2 HAUT CONCENTRATION AD	1746020	1,00	12,87	12,87
16/03/2024	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1746020	1,00	13,10	13,10
16/03/2024	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1746020	1,00	5,86	5,86
16/03/2024	BANDELETTE ET LANCETTE DE GLYCEMIE	1746020	1,00	3,77	3,77
16/03/2024	KIT PIQUAGE URG	1746020	1,00	19,40	19,40
16/03/2024	ADRENALINE 1mg Injecta (100)(1)	1746020	1,00	2,04	2,04
16/03/2024	NORADRENALINE A 2mg/ml Injecta (10)(1)	1746020	2,00	50,30	100,60
16/03/2024	COUCHES ADULTE L	1746020	1,00	5,85	5,85
16/03/2024	ALESE 60X90CM	1746020	2,00	4,47	8,94
				Total pharmacie	399,44

Hospital Khalifa Ibn Zaid
Date: 05/29/2024

ID:

Nom :

Sexe:M

Date de naissance:

ans

16-Mar-2024 PM

Médicament :

cm

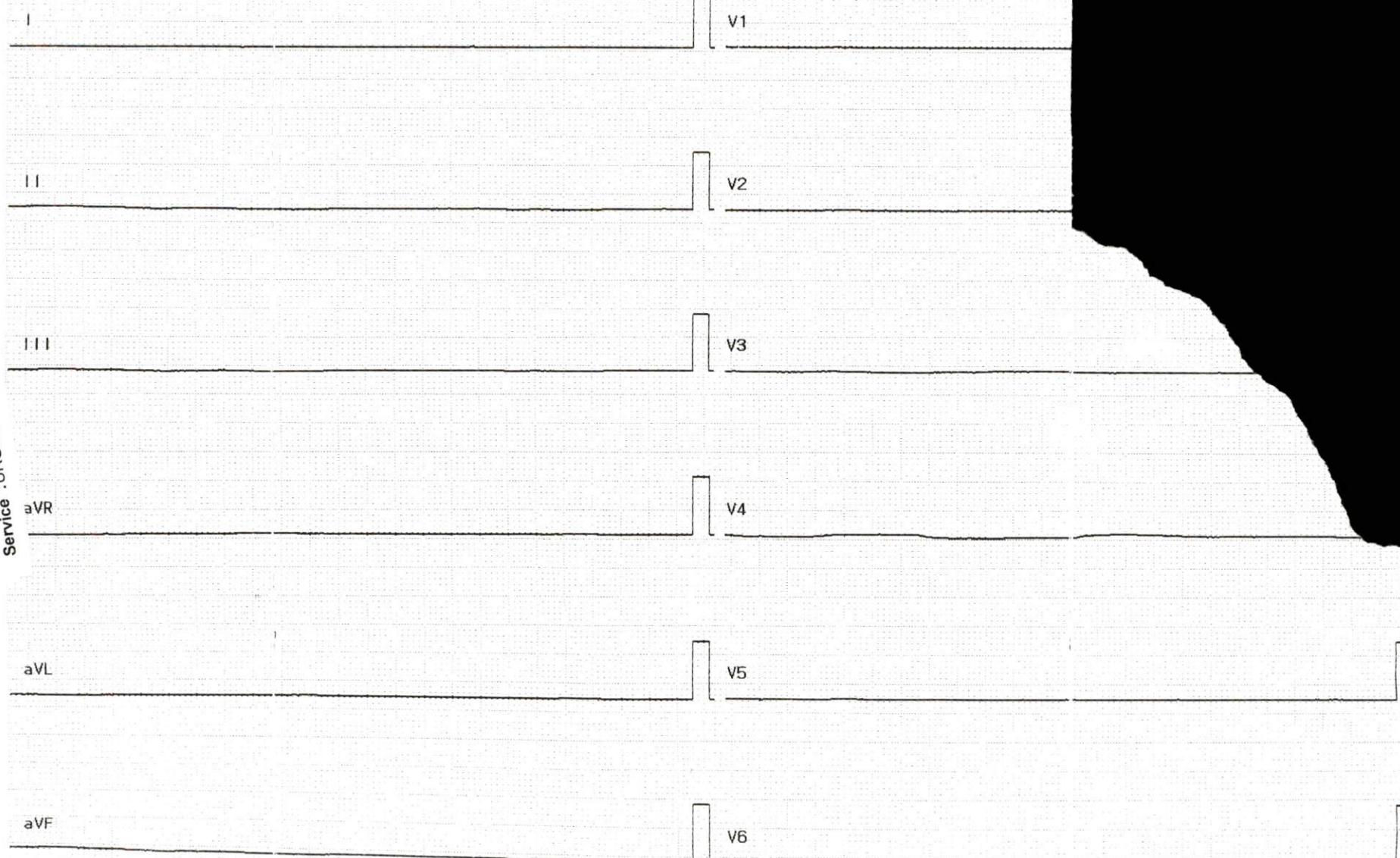
kg

Symptômes :

10 mm/mV 25 mm/s Filtre : H50 d 100 Hz

10 mm/mV

Antécédents :



2400849649 / H0124006598

Zineb

Prénom : THAÏLI Nom : 24/02/1948 E: 16/03/2024

DDN : Service :URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: M

16-Mar-2024 PM1:50:14

/ mmHg

*** bpm

D:

bm :

âge:M

Date de naissance:

ans

cm	kg	/	mmHg
téq. ventr.	***	bpm	
ht. PR	****	ms	
durée QRS	****	ms	
ht. QT/QTc(E)	****/****	ms	
pe P/QRS/T	****/****/****	*	
hpl RV5/SV1	**.***/**.***	mV	
hpl RV5+SV1	**.***	mV	

2400849649 / H0124008598
Prenom: Zineb
Nom: THAILI
DDN: 24/02/1948 **E:** 16/03/2024

PAYANT
Sexe: M

D103 ANALYSE ECG IMPOSSIBLE

10 mm/mV 25 mm/s Moyenne

I aVR V1 V4

II aVL V2 V5

III aVF V3 V6

rapport non confirmé
 évu par :

kamen :