

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.

Biologie 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 canaux, 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 canaux.

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

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° P19- 0040437

ND° = 17303

R10

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3 714 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SKAZI FAROUK
 Date de naissance : 1946
 Adresse : Residence AL HAMAD - Foul Soudan 1614
 Tél. 0644 282438 Total des frais engagés : 552,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



20 JAN. 2020

ACCUEIL

Date de consultation : 17 / 01 / 2020
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Soins dentaires

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) :

82

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p> PHARMACIE NABEAS Bd. Yacoub El Mansour 0522 25 00 74/0522 99 39 86 </p>	17/01/20	102,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

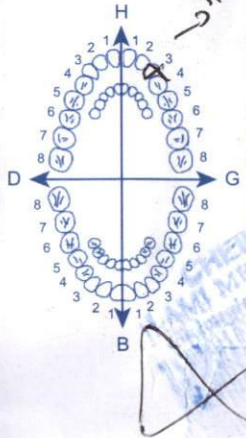
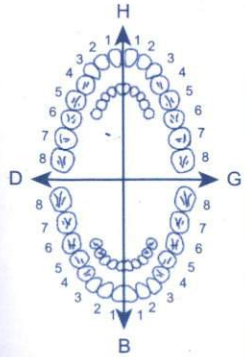
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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																	
	2	3	Extractifs	D40																
					<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX D40</p> <p>MONTANTS DES SOINS 450</p> <p>DEBUT D'EXECUTION 17/01/20</p> <p>FIN D'EXECUTION 17/01/20</p>															
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 colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
G																				
B																				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS 																	
				<p>DATE DU DEVIS </p> <p>DATE DE L'EXECUTION </p>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dentaire

**03E5B3D8306C47DF8BC5FE77716F1338 FAROUK SKELI 01/01/1950

17/01/2020 13:44:48

FAROUK SKELI

Intra non défini
17/01/2020





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



صيدلية فرجس
PHARMACIE NARJIS
141, Bd. Yacoub El Mansour
Tél.: 0522 25 00 74/0522 99 39 86

وصفة طبية

Ordonnance

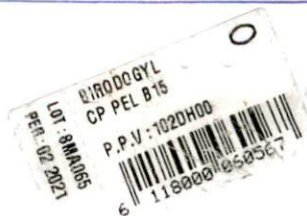
Casablanca, le :

17/01/2020

Dr SKALLI Fawzi

102/2020

- Brindogyl



Syp 30/15 fois par

- Doliprane 1000mg.

syp H de nuit

syp au coucher

- 1 Kin B.

E-rinçage. après 48h

CHEIKH KHALIFA
SANAË
Dentiste

F A C T U R E

N° 8 018 / 2020 du 17/01/2020

Nom patient : SKALI FAROUK

Entrée 17/01/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 17/01/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Avulsion d'une racine incluse	1,00		450,00	450,00
			Sous-Total	450,00
Total Frais Clinique				450,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS	
	Total 450,00

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		450,00		450,00	0,00


 Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
 Centre Dentaire
 N° INP : 090061862



مركز الدفعات

17/01/20 13:38:04
9900397770
93977701
HOP CHEIKH KHALIFA G3
Casablanca

A0000000032010
APP : VISA ELECTRON
SKALI/FAROUK.MR
xxxxxxxxxxxx8295
12/20 CARTE NATIONALE
A40DE93B23353038
626-0-9999-1-44

MONTANT: 450,00 MAD
NUM TRANSACTION : 003
NUM AUTORISATION: 0D8284
STAN : 004157

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT