

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.

Prothèse :

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

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 - 5ème 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

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01981 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
Nom & Prénom : Fana Rata yamouf
Date de naissance : 27/10/1955
Adresse : 19, Rue lance Pame AP Bay, Tanger
Tél : 0664071569 Total des frais engagés : 838,20 + 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : 09 / 09 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OPF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																			
				Coefficient des travaux																		
				Montant des soins																		
				Début d'exécution																		
				Fin d'exécution																		
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			Montant des soins
	H																					
	25533412	21433552																				
00000000	00000000																					
D		G																				
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																			
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin d'exécution																			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																				



P 17 / 0062248

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 01981	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom <u>Fanahate youssef</u>			
Fonction <u>Retraité</u>	Phones <u>0664071584</u>		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age <u>01.03.2000</u>	Date <u>23/07/19</u>	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<u>Dysarthrie</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et Cachet du Praticien
<u>CS</u>	<u>N°9</u>	<u>300,00 DH</u>	
PHARMACIE	Date <u>23.07.19</u>		
Montant de la facture	<u>838,20</u>		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date	CACHET
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		

VOLET ADHERENT		NOM: <u>Fanahate</u>	Mle <u>01981</u>
DECLARATION N° <u>P 17 / 0062248</u>			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
	<u>300,00 dks + 838,20</u>	<u>2</u>	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



23/07/2018

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Régime sans sel
et sans sucres

Mlle FARHATE

HOUDA

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr ASS. AASFAFA Ichanne
Neurologie

58.40 x 4

1) Solupred 20mg
1 cp / j pvt 15 j

58,40
PLR 2/21

58,40

SV

puo Solupred 20mg
1/2 cp / j pvt 01 mois

58,40

58,40

24.60 x 2

2) Potassium snap
1 cas x 02 / j pvt 03 mois

PPV 24DH60 EXP 04/2022
LOT 80036 3

SV

89.00 x 2

3) Calcium 500mg et vit D3
1 cp / j pvt 03 mois

PPV 24DH60 EXP 01/2022
LOT 80036 1

SV

62.90 x 6

4) Nestinon 60mg
1/2 cp x 04 / j pvt 03 mois

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr ASS. AASFAFA Ichanne
Neurologie

SV

5) Imurel 50mg
1 cp x 03 / j pvt 03 mois

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC
PPV : 62,90 DHS

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC
PPV : 62,90 DHS

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC
PPV : 62,90 DHS

T. 838 20 20

صيدلية الروض
Bd. My Slimane Béni
Makada - TANGER
Tél.: 039 95 66 29
Pharmacie du PARC

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr ASS. AASFAFA Ichanne
Neurologie

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC
PPV : 62,90 DHS

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC
PPV : 62,90 DHS

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC
PPV : 62,90 DHS

Rou ds 02 m
en cs Neuro
complications

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 91 995 / 2019 du 23/07/2019

Nom patient : FARAHATE HOUDA

Entrée 23/07/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 23/07/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de neurologie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 23/07/2019

Quittance - Paiement espèces

0395810

IPP :

N° D'admission : 1900092686 Montant : 3000 Dh.

Patient : FARAHATE

Cachet

