

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 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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-527997

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00098186 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve

Nom & Prénom : ET DAA Mina

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayed
Dr Asmaa LAANANA
Généraliste

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur

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) :

[illegible][illegible]

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

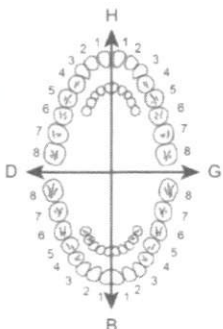
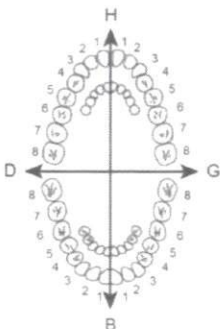
[illegible]

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	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<div style="text-align: center;"> H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> D G </div> <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : BENGHFIR MINA	N° Facture 47 354	2000209440
------------------------------------	--------------------------	-------------------

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ANDOL 1g Injecta (01)	1	18,80	18,80
Sous-Total médicaments			18,80
BANDELETTE ET LANCETTE DE GLYCEMIE	1	4,99	4,99
COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1	1,17	1,17
INTRANULE G 20	1	1,82	1,82
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	3,43	3,43
SERINGUE 10ML	1	0,84	0,84
TUBE CITRAE 4.0ML	1	2,34	2,34
TUBE EDTA-K2 4ML	1	1,50	1,50
TUBE HEPARINE 4ML	1	1,69	1,69
TUBE ROUGE SEC 5ML	1	1,36	1,36
Sous-Total consommable médical			19,14
Total pharmacie			37,94

HÔPITAL CHEIKH KHAFZA
Admission Facturation

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 47354 / 2020 du 20/05/2020

Nom patient	BENGHFIR MINA	Entrée	20/05/2020
	PAYANTS	Sortie	20/05/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
ECG	1,00		100,00	100,00
			<i>Sous-Total</i>	400,00
PHARMACIE	1,00		37,94	37,94
			<i>Sous-Total</i>	37,94
Total Clinique				437,94

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	437,94
QUATRE CENT TRENTE-SEPT DIRHAMS QUATRE-VINGT-QUATORZE CENTIMES		

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facturation



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 21 / 05 / 20

Quittance - Paiement espèces

0472149

IPP :

N° D'admission : Montant : 437,94

Patient : BEN Ltfi PINA

Admission Facturation

Cachet

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

Id : [REDACTED]

20/05/2020 23:04:09

Indéfini --- (---) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

FC: 77 bpm

PR: 176 ms

QRS: 146 ms

QT/QTcH: 426/456 ms

QTcB: 483 ms

QTcF: 463 ms

Rv5-r/Sv1 : 1.43/0.11 mV

Sok-Lyon : 1.54 mV

Axe: 56/-68/-23°

Rythme sinusal avec CAP(s)

--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexe du patient ---

BBD avec bloc du faisceau antérieur gauche

Anomalie onde T inférieure peut être secondaire à

ischémie du myocarde

ECG anormal



2000209440 / 150323140241ME

Prénom : MINA

Nom : BENGHIFIR

DDN : 01/01/1944 E: 20/05/2020

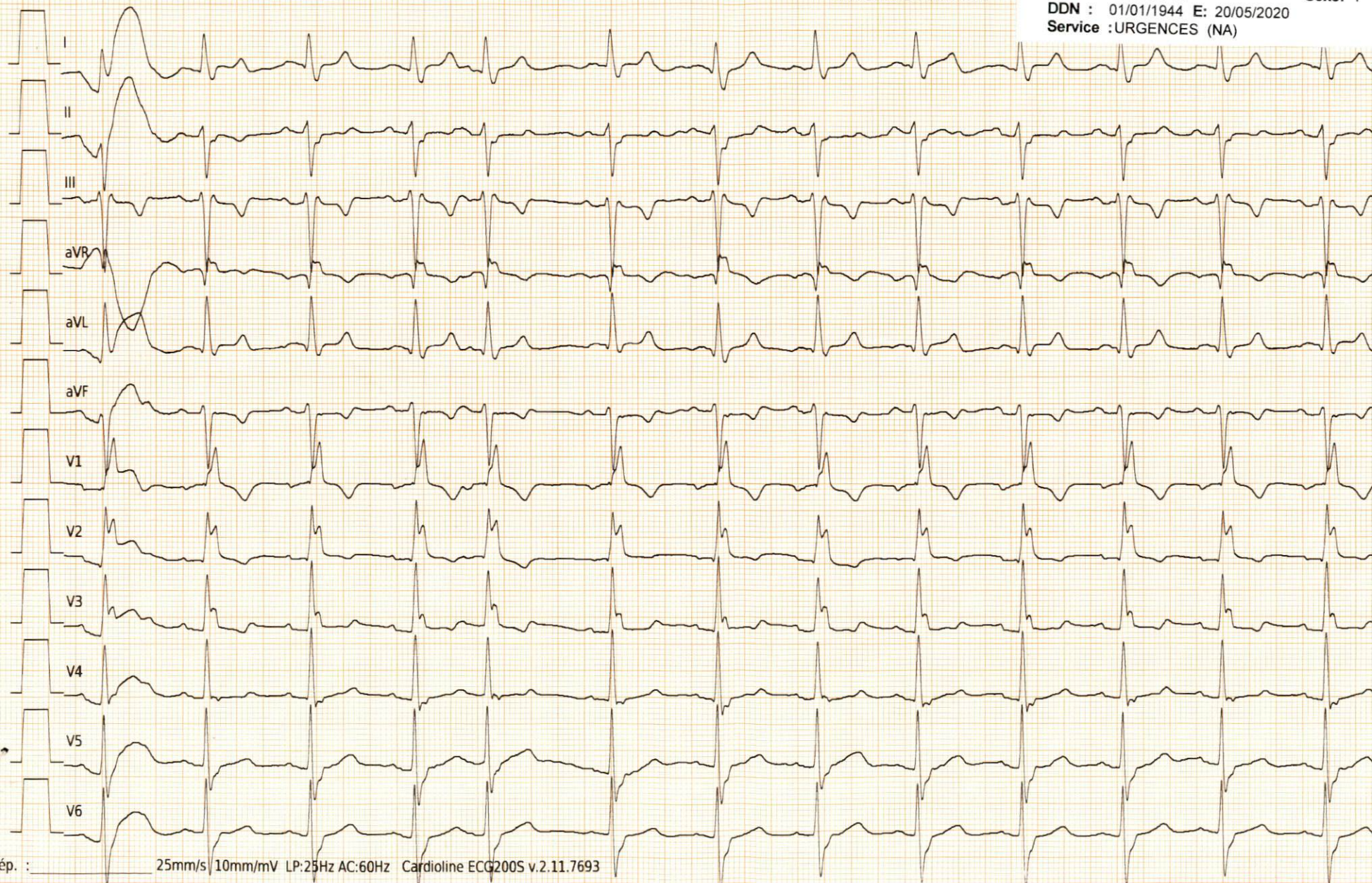
Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: F

RAPPORT NON CONFIRMÉ



Dép. : 25mm/s 10mm/mV LP:25Hz AC:60Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693