

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



Déclaration de Maladie

N° W19-489757

ND: 32193

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12441 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Jibar Nassan

Date de naissance : 12-10-84

Adresse : Lt. Oualili N. 15 Kenza

Tél. : 0668527106 Total des frais engagés : 435 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/03/2020

Nom et prénom du malade : Sofic Jibar Age :

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

Nature de la maladie : céphalées et insomnie

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) :

RELEVÉ 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
08/03/2020				INP : 10 1197 867

Dates des Actes	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

08/03/2020

115,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		B	
00000000	00000000		
35533411	11433553		

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le 08/03/2020

Docteur

Sofia Jibar.

Pds = 21 kg

40,00

X2

1) Neofortan 400mg

1 cp 3x1 si douleur.

12,80

X1

2) Doliprane 300mg Mppo

1 Mppo 16H si > 38°C

22,50

X1

PHARMACIE WARD
Avenue Bir Kacem - Souissi
Rabat - Tél : 05 37 65 99 77
INPE : 102057205

3) Brufen 600mg

1 cac / 6H si > 38°C

115,30

si céphalée

DR EL MASHRAFI
Spécialiste en pédiatrie
INPE : 10197861
Hôpital Cheikh Zaïd

PPV (DH):
Lot N°:
UT, AV:

BRUFEN

100 mg/5 ml Ibuprofène

**Suspension
pédiatrique**



PPV 120480
PER 09/21
LOT H2023

120480

Doliprane®

PARACETAMOL

300 mg



15 à 24 kg

**DOULEURS
FIEVRE**



10 SUPPOSITOIRES



bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

40 ملغ

نیوفورتان

فلورو چلو سینول

10

أقراص
فلور

لایسوفیلان
NEOFORTAN

نیوفورتان

10

أقراص
فلور

لایسوفیلان
NEOFORTAN

فلورو چلو سینول

نیوفورتان

NEOFORTAN® 40 mg

PPV 40DH00
EXP 05/2022
LOT 80051 4

PPV 40DH00
EXP 11/2022
LOT 98040 2

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International

Service Admission/Facturation



المملكة المغربية
مستشفى الشيخ زايد
مستشفى جامعي دولي



Quittance N° 2 172 881

IPP : 1 493 738 N° de dossier : U200004239 DI : 2 464 538

Patient : JIBAR SOFIA

Montant : 359,55 Dh (trois cent cinquante-neuf et 55 / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 3060

Date d'encaissement : 08/03/2020

Description :

Medecin :

Motif :



Paiement effectué à la URGENCE CAISSE

Cachet du caissier :

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

N° 1566093



LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2020/P/32052 MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS
IPP : 1493738 DATE ENTREE : 08/03/2020
N ° DOSSIER : U200004239 DATE SORTIE : 08/03/2020
NOM & PRENOM : JIBAR SOFIA DATE FACTURATION : 08/03/2020

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES			
CONSULTATION GARDE (URG)	350,00	1,00	350,00
TOTAL ACTES : 350,00			
PHARMACIE			
PHARMACIE			9,55
TOTAL PHARMACIE : 9,55			

Honoraires Medecins			
EL MASNAOUI NADA			
CONSULTATION GARDE (URG)	250,00	1,00	250,00
TOTAL EL MASNAOUI NADA :			250,00
TOTAL Honoraires :			250,00

Detail Pharmacie			
Description article	Prix u.	Quantite	Total
Autre			
AIGUILLE NEEDLE G 25 (001)	0,39	1,00	0,39
SERINGUE 10 ML G21 BK LUER SLIP (001)	1,05	1,00	1,05
COMPRESSE STER 10X10 S/5 12P STERIFIL (001)	2,61	1,00	2,61
SPASFON 40 MG INJECTABLE (006)	5,50	1,00	5,50
TOTAL Autre : 9,55			
TOTAL : 9,55			

Arrêtée la présente facture à la somme de trois cent cinquante-neuf et 55 / 100	Total général :	359,55
Total encaissement :	359,55	Solde 0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD



N° DE FACTURE : 2020/P/32052 MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS
IPP : 1493738 DATE ENTREE : 08/03/2020
N ° DOSSIER : U200004239 DATE SORTIE : 08/03/2020
NOM & PRENOM : JIBAR SOFIA DATE FACTURATION : 08/03/2020

FACTURE

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES			
CONSULTATION GARDE (URG)	350,00	1,00	350,00
TOTAL ACTES : 350,00			
PHARMACIE			9,55



Arrêtée la présente facture à la somme de
trois cent cinquante-neuf et 55 / 100

TOTAL FACTURE	359,55
TOTAL ENCAISSEMENT	359,55
SOLDE	0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD