

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 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

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° W19-548293

43508

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

00 329

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

06.75.37.55.82 Total des frais engagés : Dhs

Optique

Autres

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

Affection sur

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 :

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
22/07/20	C-S		£ 300.00	INP : [REDACTED]
				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			£ 100.00
			£ 50.00
			£ 33.00
			£ 100.00
			£ 50.00
			£ 33.00
			£ 100.00
			£ 50.00
			£ 33.00

AUXILIAIRES MEDICAUX				
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]												
COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]																
MONTANTS DES SOINS [REDACTED]																
DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]																
FIN D'EXECUTION [REDACTED]																
COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]																
MONTANTS DES SOINS [REDACTED]																
DATE DU DEVIS [REDACTED]																
DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 22/07/2020

Moumou Khadja.

147,~

- Théalose 0DG x 01 mois
1 gtt x 4/j
- Frakidex 0DG
1 gtt x 4/j) x 08 jours



~~PHARMACIE AN-NAIA~~
1 ot. Assafa Impr 18 N°4A
Oulfa - Casablanca
tel: 05 22 93 46 33

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 70366 / 2020 du 22/07/2020

Nom patient	MOUMMOU KHADIJA	Entrée	22/07/2020
	PAYANTS	Sortie	22/07/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0090	108,00	108,00
Total Clinique				108,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	108,00
CENT HUIT DIRHAMS		

LaBoratoire National de Rétirerai
Tel: 05.29.05.02.33
E-mail: labo@clm-bd.ma

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

22/7/20 . Nour khadija
El laouie .
→ El my colo frige .

Centre National de Recherche
Tél : 05.29.05.02.33
E-mail : labo@cdm-hck.ma

OPTICAL CHEIKH KHALIFA
Prof. Essaadi Matar
MSc Chirurgie C-10-01-01
10200 Casablanca

Date : 22/07/2020

Quittance - Paiement espèces **0493852**

IPP :

N° D'admission : Montant : **108.000**.....

Patient : **Moummoud K HADJJA**.....

Cachet

Date : 22/07/2020

Quittance - Paiement espèces **049664**

IPP :

N° D'admission : Montant : 300 Dhs

Patient : MouM Mou KHADJA

Cachet

FACTURE

N°

70 309 / 2020 du 22/07/2020

Nom patient : MOUMMOU KHADIJA

Entrée 22/07/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 22/07/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation ORL	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 Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél: 05 29 03 53 45
 Fax : 05 22 89 28 54
 E-mail : contact@ckm.ma
 N°INP 090061862