

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.

Diologie 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

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- 048700

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1659 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Nadia Moudjen / MAHJOURBI Mrs
Date de naissance : 29/06/1970 / 01/01/1950
Adresse : 317 lot Paimane Lissane Casablanca
Tél. : 0661051868 Total des frais engagés : 608,25 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hicham BAHIRI
Spécialiste en Médecine
d'Urgence Réanimation
Traitement de la Douleur

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Nadia Moudjen Age : 50

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

Nature de la maladie : Plaine

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 et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ACCUEIL

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
13/10/20	Facture	1633	60825DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

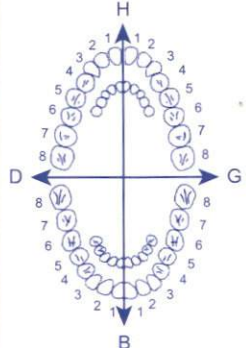
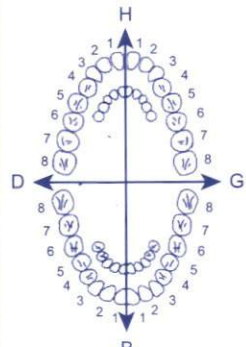
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B					Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

[Signature]



2000260535 / H0119033771

Prénom : Nadia

Nom : MOUDDEN

DDN : 29/06/1970 E: 13/10/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: F

Donner à
laux les 2
jours

Dr. Hicham BAHIRI
Spécialiste en Médecine
d'Urgence Réanimation
Traitement de la Douleur

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 100633 / 2020 du 13/10/2020

Nom patient	MOUDDEN NADIA	Entrée	13/10/2020
	PAYANTS	Sortie	13/10/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
K5	5,00	K5	45,00	225,00
			<i>Sous-Total</i>	525,00
PHARMACIE	1,00		83,25	83,25
			<i>Sous-Total</i>	83,25
Total Clinique				608,25

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
SIX CENT HUIT DIRHAMS VINGT-CINQ CENTIMES	Total	608,25

Admission Facturation
HOPITAL CHEIKH KHALIFA

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : MOUDDEN NADIA		N° Facture 100 633	2000260535
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
LIDOCAINE LAPROPHAN 2%20ml Injecta (01)	1	10,30	10,30
Sous-Total médicaments			10,30
COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	1	2,91	2,91
ETHILON CRINERCE 3/0 CT 3/8C19MM	1	26,52	26,52
GANT DE CHIR.STERILE EN LATEX	1	3,87	3,87
SERINGUE 1ML	1	0,65	0,65
SET DE SUTURE REF470258	1	39,00	39,00
Sous-Total consommable médical			72,95
Total pharmacie			83,25

Hôpital Lneikn Kndilira
 Tél.: 05 29 00 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@hckm.hckm.m
 N°INP 0906852



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

13/10/2020



2000260535 / H0119033771

Prénom : Nadia

Nom : MOUDDEN

DDN : 29/06/1970 E: 13/10/2020

Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Régulation

Dr. Hicham BAHIRI
Spécialiste en Médecine
d'Urgence Réanimation
Traitement de la Douleur

Date : 13 / 10 / 2020

Quittance - Paiement espèces 0511676

IPP :

N° D'admission : Montant : 108,25 DH

Patient : MOUDDEN NADIA

Cachet


HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facturation



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 13 / 10 / 2020

Quittance - Paiement espèces 0511673

IPP :

N° D'admission : Montant : 500 DA

Patient : MOUDDEN NADIA

Cachet

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facturation