

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



ND: 44483

Déclaration de Maladie : N° P19-0004030

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8203 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AMR Hassan Date de naissance : 11/09/1965
 Adresse :
 Tél. : 0861 872249 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/05/2020
 Nom et prénom du malade : Araber Sihem Age : 31 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Neurologie
 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 : CM Le :
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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.

Diagnostique 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.

Prothésaire :

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

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
23/05/20	Ecch			Pr. LAOZAOUI Mohamed Gynécologue Obstétricien

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Missimi Hay Nassan Rue 24 Angie Rue 12 N° 1 Cité Missimi - Casablanca Tél : 05 22 90 05 24	23/05/20	4 918,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

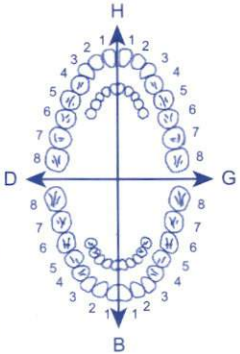
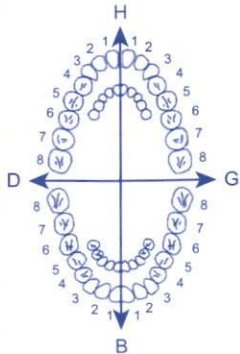
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2000209943 / H0120012926

Prénom : Siham

Nom : MRABET

DDN : 16/05/1989 E: 23/05/2020

Service : SALLE ACCOUCHEMENT (NA)



PAYANT

Sexe: F

Echographie

utérin, augmenté

de taille fœtale d'une

image hétérogène.

Arr. 20/05/2020.

CC: F. C. ou phole
revenue

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr/AGHAZI Mohamed
Gynécologie Obstétrique

لبولية والرحم

LOT: M0264
PER: 10/2022
PPV: 50,40DH



2000209943 / H0120012926

Prénom : Siham

Nom : MRABET

DDN : 16/05/1989 E: 23/05/2020

Service : SALLE ACCOUCHEMENT (NA)



PAYANT

Sexe: F

Casablanca, le :

5040
Austou



1 cop x 31
Augmentation 17



Lamia DIOURI
Pharmacie Hay Hassan
Pharmacie Missini Hay 12 N
Rue 24 Angèle Rue 12 N
Cité Missini - Casablanca
Tél : 05 22 31 00 00

150 ch ex 27
T0218/60

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. LAGHZAOU Mohamed
Gynécologie Obstétrique

F A C T U R EN° **47 923 / 2020** du **23/05/2020**Nom patient : **MRABET SIHAM**Entrée **23/05/2020**Prise en charge : **PAYANTS**Sortie **23/05/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION GYNECO	1,00	CS	300,00	300,00
- Echographie pelvienne féminine	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	700,00
Total Frais Clinique				700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENTS DIRHAMS

Total 700,00

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			700,00		700,00	0,00



Hop Cheikh khalifa
23/05/20 16:21:53

ASSAFAR, KHADIJA
ADM 710520-165055

MI 0.5 Tls 0.4 EBC

Gyn

FR 45
AO% 100

LOGIP
F



B 8.0
0° Frq 46
Gn 2/3
S/A F/0
Cte 11.0
D 69
DR

5"

1"

10"

683 683 (15.2, 15.2 s)



2000209943 / H0120012926

Prénom : Siham

Nom : MRABET

DDN : 16/05/1989 E: 23/05/2020

Service : SALLE ACCOUCHEMENT (NA)



PAYANT

Sexe: F



Hop Cheikh khalifa
23/05/20 16:21:31

ASSAFAR, KHADIJA
ADM 710520-165055

MI 0.5 Tls 0.4 EBC

Gyn

FR 45
AO% 100

LOGIP
F



B 8.0
0° Frq 51
Gn 2/3
S/A F/0
Cte 11.0
D 69
DR

5"

1"

10"

725 725 (16.2, 16.2 s)



B

Mode

SRI HD
2

23/05/20 16:21:32



D7oulier