

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 9754 Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAMER Said

Date de naissance : 1968

Adresse :

Tél. : 06 97 66 44 98 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/02/2023

Nom et prénom du malade : Tamer Said Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Exaceiba do BPCO

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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) :

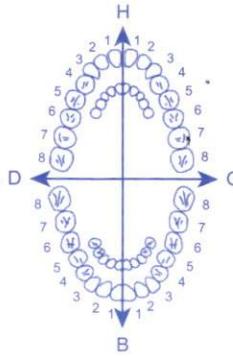
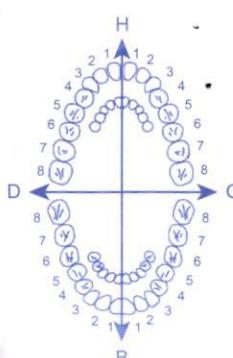


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Relèvement des Actes
10-01-2023	CS		1300,00 g	<i>Hôpital Universitaire International de Cheikh Khalifa Boulevard Cheikh Khalifa - 1025822000 Signature : Dr. Nasser Bouabdellah</i>
<small>09 29 03 53 45 29 00 43 17 N° NIP 000061862 contacter Cheikh Khalifa Signature : Dr. Nasser Bouabdellah</small>				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Signature : Dr. Nasser Bouabdellah</i>	13/01/23	2281,70
<small>Lotus Medical Rue N° 3 Lot. 64 Gharbiya - 1220522981020</small>		

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> 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													
				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>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	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

## وصفة طبية

### Ordonnance

Casablanca, le :

18/11/2023

M<sup>o</sup> Tamer

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Assistant DAHER Bouchra  
Pneumologie 101  
091258632



16/11/23 1)

claril 500  
1 cp x 218



Pd 5 ₣

Solu-ped 20 -g



2 cp 1 ₣ Pd 5 ₣  
P - acti



BOUE HAMZA  
SLANCA  
n Rue 6 N° 8 Lot. 04  
Tél: 0522 99 10 28

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Assistant DAHER Bouchra  
Pneumologie 101  
091258632

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

Date : 18/01/2023  
Numéro : 8 681



Nom patient : TAMER SAID

Médecin : PR. DAHER BOUCHRA  
*Pneumologie*

2300625441

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE PNEUMOLOGIE	300,00

Total	300,00
<i>Arrêtée la présente à la somme de :</i> <b>TROIS CENTS DIRHAMS</b>	



A circular blue stamp containing the text "Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid" around the perimeter and "Numéro : 090061862" in the center.

Date : 18/01/2023

**Quittance - Paiement espèces** 0740955

**IPP :** .....

**N° D'admission :** 92-09625441 **Montant :** 300 MB

**Patient :** TAM SAIN

**Payé par :** Cachet

