

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 : **8732**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **D. NOUNHIRI MOULAY IDRISS**

Date de naissance : **15/07/67**

Adresse : **ST. AVE 35 LR ALMAMOUN CASA**

Tél. : **066.1312755**

Total des frais engagés : **468,70 Dhs**

## Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : **21/03/2023**

Nom et prénom du malade : **MOUAKKEF MERYEM** Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

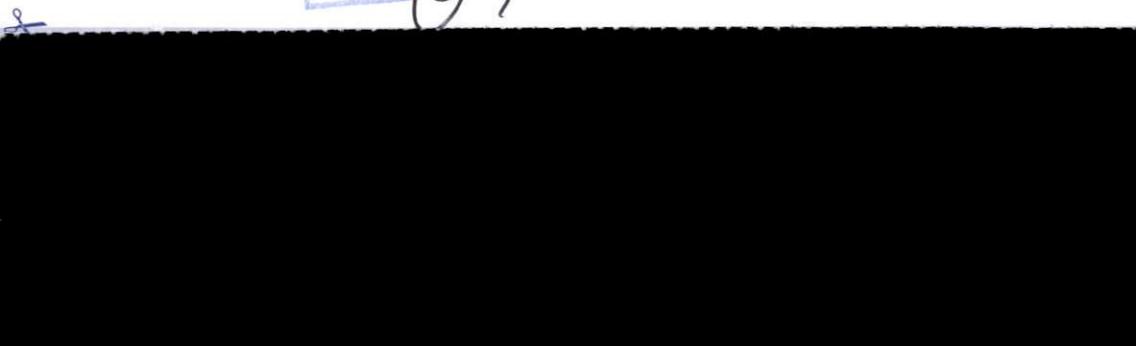
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **30/03/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **Y. J. S. (Signature)**



#### **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
2011-12-23	5		50000	DR. ASSISTANT CHIRURGIEN Dr. ASSISTANT CHIRURGIEN Dr. ASSISTANT CHIRURGIEN Dr. ASSISTANT CHIRURGIEN Dr. ASSISTANT CHIRURGIEN

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DES SCIENCES entre C... CASABLANCA Tél : 02 22 11 11 11</i>	27/03/2023	168,72

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

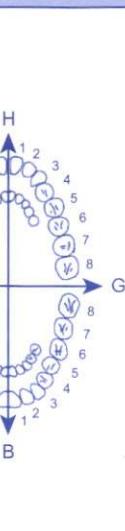
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

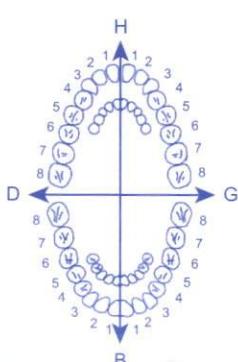
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 42 046 / 2023 du 21/03/2023

Nom patient : MOUAKITE EP OUDGHIRI MERYEM

Entrée 21/03/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 21/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION ORL	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
Tél.: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026  
E-mail: [correc@chm.ma](mailto:correc@chm.ma)  
Fax: 05 22 89 28 54

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 230321110004MA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300658777	MOUAKITE EP OUDGHIRI	21/03/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	018030	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : MAR.LAA

Signature : *[Signature]*  
Date : 21/03/2023  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél. : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
Email : contact@hcm.hkma.ma

## وصفة طبية

### Ordonnance

Casablanca, le :

21.3.25

n° nouait Nacir

1. Sternmar

88,90 2. 1 371 6  
 2 PHARM DES JAN SV 04 wāj  
 Centre PHARMACIE DES SCIENCES  
 Tél : 022 299 48 14

39,90x2

ISOPHARM  
OTOSAN  
NASAL AD  
88,90 dhs

39,90  
1 01 2 20 12  
1 F R 0 0 1 24  
F P V 3 90 H 90

39,90  
1 01 2 20 12  
1 F R 0 0 1 24  
F P V 3 90 H 90

T = 168,70

Hôpital Universitaire International  
Dr. SHOUSSI KHAN  
Professeur associé à l'UNIVERSITÉ  
oto-Rhino-Laryngologie

091138633