

# 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 : 3081 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : RADOUZ AHMED 156 813

Date de naissance : 1952

Adresse :

Télé : 066647016 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30 / 3 / 2023

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : \_\_\_\_\_

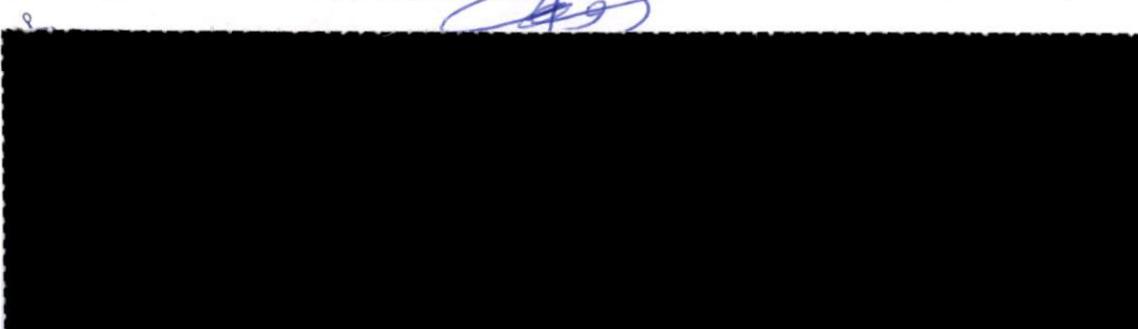
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : \_\_\_\_\_

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 : CAF Le : 10/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : [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
23/03/2023			16	
24/03/2023			16	
30/03/2023			16	
31/03/2023			16	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/04/2023	373,80

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

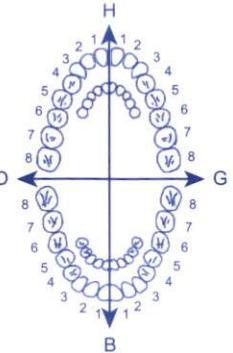
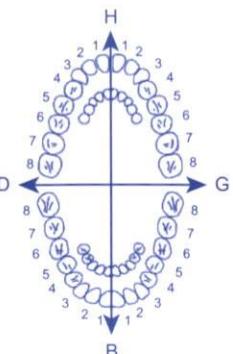
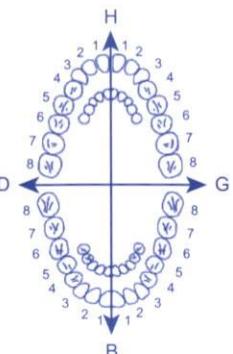
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	23/03/23	chauffe-eau de paume				120,00 HT
	27/03/23	chauffe-eau de paume				120,00 HT
	30/03/23	chauffe-eau de paume				120,00 HT

## 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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412 00000000	21433552 00000000		
D	00000000	00000000	G		
B	35533411	11433553			
DATE DU DEVIS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION	
	H	25533412 00000000	21433552 00000000		
D	00000000	00000000	G		
B	35533411	11433553			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## وصفة طبية

### Ordonnance

Casablanca, le :

03/04/23

M. Radoues Ahmed

① Plavix 75 mg S  
316/ 1cp/j pdt 3 mois

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg cp pel b 28  
P.P.V : 316,00 DH  
6 118001 081257

LOT : 230052  
EXP : 01/2026  
PPV : 57,80DH

② LD-NOR 10mg S  
57,80 1 cp le soir pdt 3 mois



INPE: 061168431  
et ENDOVASCULAIRE  
Chirurgie Vasculaire  
PR BELMIR HICHAM

وصفة طبية

**Ordonnance**

Casablanca, le :

23/3/2023

Mr RAOUZ AHMED

Faïne SUP : ~~Pommel~~ si (z)

Date : 27/3/2023

Quittance - Paiement espèces

0767254

IPP : .....

N° D'admission : 2300661106 Montant : 12000

Patient : Razzouq Ahmed

Payé par : Karib Bachir

Cachet



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 44 759 / 2023 du 27/03/2023

Nom patient : RAOUZ AHMED

Entrée 27/03/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 27/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>120,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
CENT VINGT DIRHAMS		<b>Total</b>
		<b>120,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00

Hôpital Universitaire International  
Cheikh Khalifa  
Soins Ambulatoires

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 46 534 / 2023 du 30/03/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 30/03/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 30/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>120,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

CENT VINGT DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>120,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00

*Cheikh Khalifa Ibn Zaid International Hospital  
Sous Administration  
Services Administratifs*

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° **43 389 / 2023** du **23/03/2023**

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée **23/03/2023**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **23/03/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>120,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

CENT VINGT DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>120,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	<b>120,00</b>				<b>120,00</b>	<b>0,00</b>

Signature : *Cher Khalifa  
Soins Ambulatoires*

Date : 23/03/2023

Quittance - Paiement espèces 0760394

IPP : .....

N° D'admission : 133462188 Montant : 12000

Patient : RAOUIZ

Payé par : .....

Cachet

Date : 30/03/2023

**Quittance - Paiement espèces** 0767695

IPP : .....

N° D'admission : 2300663238 Montant : 12000

Patient : Roudz A h e d

Payé par : Kuri B Rachid

Cachet

