

# 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

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

Date de naissance :

1959

Adresse :

Tél. 0666247016

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : .....  Enfant

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

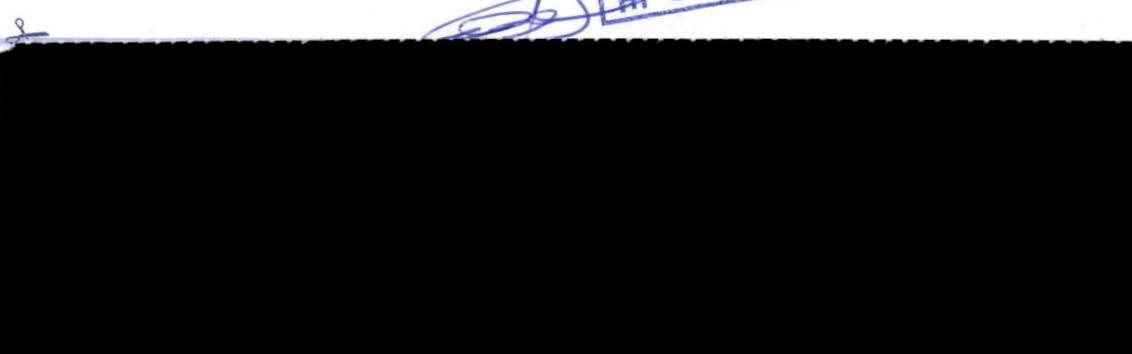
En cas d'accident préciser les causes et circonstances .....

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 : CASABLANCA le ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



### 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
21/3/2023			16	
6/3/2023			16	
9/3/2023			16	

### 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

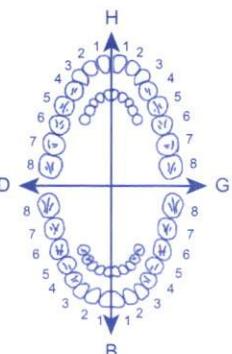
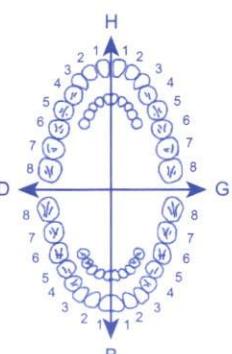
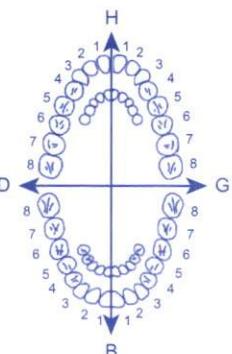
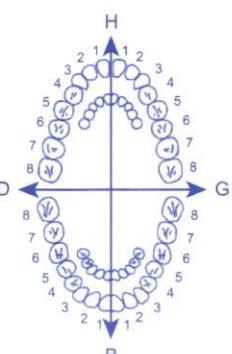
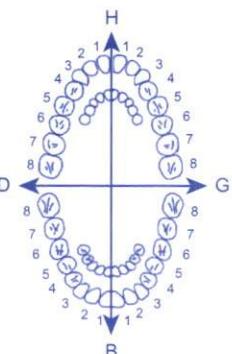
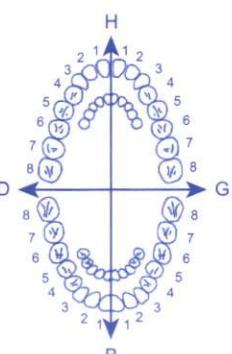
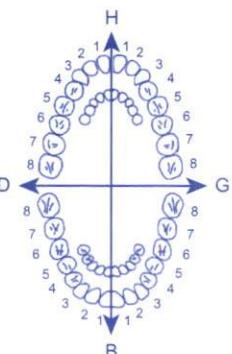
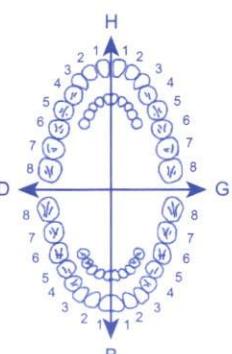
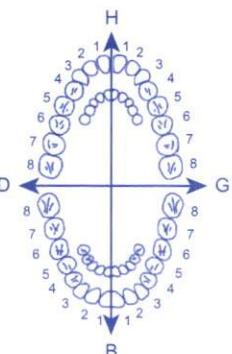
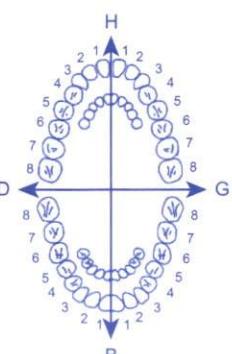
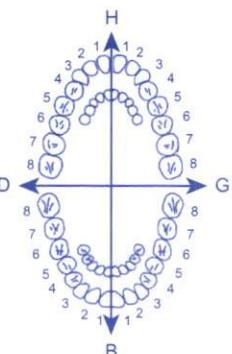
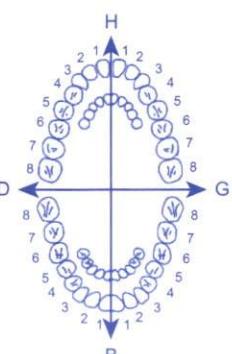
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A.M	P.C	I.M	I.V	
	02/03/23	changement de paume en haut				120,00 DH
	06/03/23	changement de paume en bas				120,00 DH
	09/03/23	changement de paume en haut				120,00 DH

### 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
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	
	G			
	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 : 2023

2023

M

R

RAOUD

AMNED

Pr. BEM  
Chirurgie et Endocrinologie  
Institut Hôpital International Cheikh Khalifa  
Casablanca 10678431

Pr. BEM  
Chirurgie et Endocrinologie  
Institut Hôpital International Cheikh Khalifa  
Casablanca 10678431

Permet de faire une cure de 15 jours

pour faire des lachages

Pr. BEM  
Chirurgie et Endocrinologie  
Institut Hôpital International Cheikh Khalifa  
Casablanca 10678431

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 32 995 / 2023 du 06/03/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 06/03/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 06/03/2023

	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

**Total 120,00**

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

*(Handwritten signature/initials over crossed-out stamp)*

~~SOINS ADMINISTRATIFS~~  
~~CHEIKH KHALIFA IBN ZAID~~  
~~HOPITAL D'ADMINISTRATION INTERNATIONA~~

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 31 344 / 2023 du 02/03/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 02/03/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 02/03/2023

	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 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° 35 307 / 2023 du 09/03/2023

Nom patient : RAOUZ AHMED

Entrée 09/03/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 09/03/2023

	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 de Suisaire International  
Cheikh Khalifa  
Soins Ambulatoires



Date : 06/03/2023

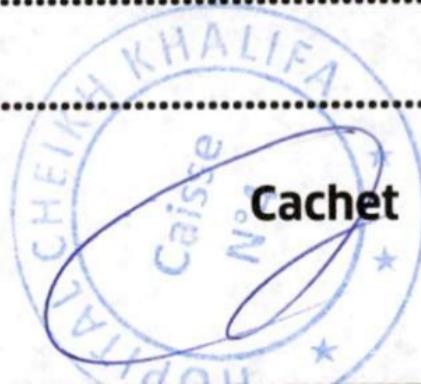
Quittance - Paiement espèces 0756070

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 1632

Patient : ..... AHMED

Payé par : .....



Cachet

Date : 02/02/2023

Quittance - Paiement espèces 0756708

IPP : .....

N° D'admission : 230064809 Montant : 120 DH

Patient : RAOUB Ahmed

Payé par : Uli Même



Cachet



Date : 09/03/2023

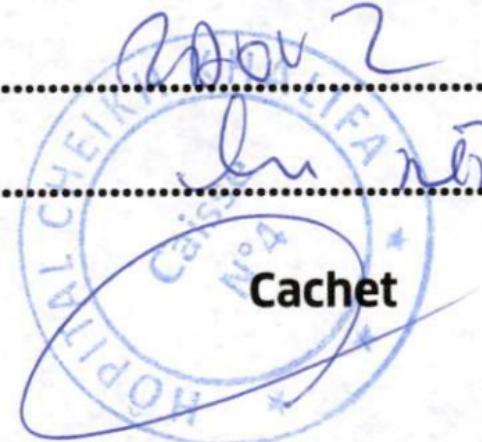
**Quittance - Paiement espèces 0756339**

**IPP :** .....

**N° D'admission :** ..... **Montant :** ..... 110000

**Patient :** .....

**Payé par :** .....



**Cachet**