

# 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 à caractère personnel.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]  
Matricule : **10503**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **A GOUTI DRISS**

Date de naissance : **26/02/1963**

Adresse : **HAY LAMIA BLOC 20 N° 8 CASA**

Tél. : **06 738 38761** Total des frais engagés : **12 89,60** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **10/05/2023**

Nom et prénom du malade : **El Aouny Falima** Age : **60**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Affection dermatologique**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : **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 10/05/2023** / **Le : 10/05/2023**

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
1905	CS	1	300,00	
2023			DHS.	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/05/23	390,-

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/05/23	10000	599,50 DH

## 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.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'QDF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 10/10/23

El Aouny Fatima

1- Augmentine 30, 1g, sachets  
168-2  
x 2 1 sachet x 4/j x 8/j

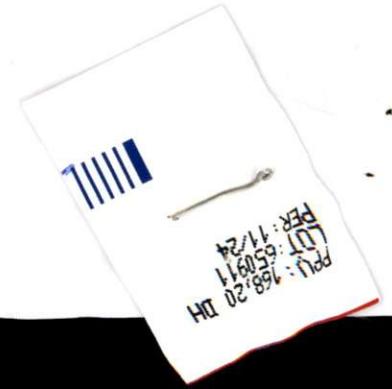
2- Fucidine 100  
39-7 1 appl/j x 10/j

3- Doliphen 160  
140-1 1 cp / 6h in douleurs  
390-1



فوسيديين 2%  
كريم أنبوب من 15 غ

كريم  
فوسيديين 2%



Date : 16/6/2023

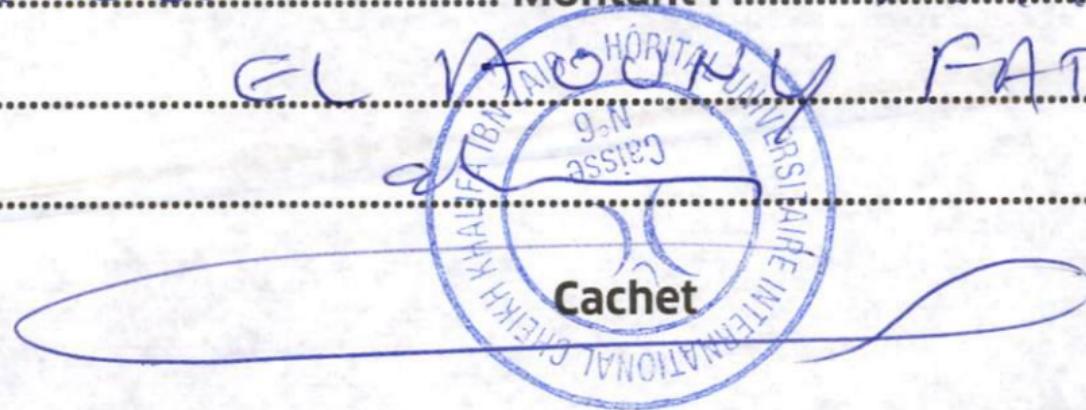
Quittance - Paiement espèces 0778301

IPP : .....

N° D'admission : 23 40683527 Montant : 599,50 MR

Patient : EL VAFIOUNI FATIMA

Payé par : .....



## وصفة طبية

Or



2300683553 / H0123014248

Casablanca, le : 12/05/2023



MUPRAS  
Sexe: F

Prénom : Fatima

Nom : EL AOUNY

DDN : 01/01/1972 E: 12/05/2023

Service : CONSULTATION DERMATO (NA)

Demande d'examen anatopathologique

Patiante âgée de 52 ans, présente depuis plusieurs années une lésion achromique globulaire au niveau de l'abdomen. Examen fait ce jour.

- DAE : - Melanome pigmenté ?  
- Bénigome come ?  
- Melanome achromique ?  
- Sarcome ?

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES  
HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

## FACTURE

N° : 66448 / 2023 du 12/05/2023

Nom patient	EL AOUNY FATIMA	Entrée	12/05/2023
	PAYANTS	Sortie	12/05/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS ANAPATH	1,00	P0000	599,50	599,50
<b>Total Clinique</b>				<b>599,50</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>599,50</b>
CINQ CENT QUATRE-VINGT-DIX-NEUF DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES		

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES  
HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

Date : 10/05/2023

Quittance - Paiement espèces **0775401**

IPP : .....

N° D'admission 230682337 Montant : 30000H

Patient : EL Aouy Fatima

Payé par : Z. M. Héma

Cachet



## FACTURE

N° 65 240 / 2023 du 10/05/2023

Nom patient : **EL AOUNY FATIMA**

Entrée 10/05/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 10/05/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION DE DERMATOLOGIE	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	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 29 00 44 77  
 E-mail: contact@hck.m.hck.ma  
 N°INP 090061862