

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.



Déclaration de Maladie

M22- № 002074

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

| | |
|---|--|
| Matricule : <u>2749</u> | Société : <u>RAM</u> |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) |
| Nom & Prénom : <u>LOUZGANI Ahmed</u> | <input type="checkbox"/> Autre : <u>A62574</u> |
| Date de naissance : <u>29/11/1954</u> | |
| Adresse : <u>Lotissement Layounia N° 293 Bd Hamid Lahhab Casablanca</u> | |
| Tél. : <u>0665 23 64 49</u> | Total des frais engagés : <u>300,00 (Trois Cent) Dhs</u> |

Cadre réservé au Médecin

| | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin : | | |
| Date de consultation : <u>26/04/2023</u> | | |
| Nom et prénom du malade : <u>LOUZGANI Ahmed</u> | Age: | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : <u>Cystite</u> | | |
| Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC | Pathologie : | <u>Pathologie</u> |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>Le 20 Mai 2023</u> | | |
| 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 : 26/04/2023
Signature de l'adhérent(e) : KH HUMMA

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|---|
| | | Hopital de Paris Montant de la Facture |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

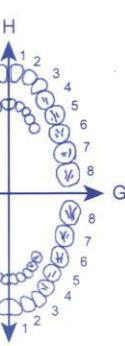
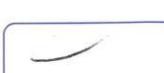
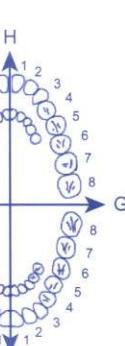
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | |
|  | | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX  |
| | | (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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 230426131520SA / .

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|-----------------------|-------------------|
| 2300674937 | LOUZGANI AHMED | 26/04/2023 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------|------------------------------------|---------------|
| CarteB | NUM STAN:002300 Lui-même | 300,00 |
| | Total payé | 300,00 |

Reçu établi par : SALAH

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 57 987 / 2023 du 26/04/2023

Nom patient : LOUZGANI AHMED

Entrée 26/04/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 26/04/2023

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|----------------------|------------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| CONSULTATION D'UROLOGIE | 1,00 | | 300,00 Sous-Total | 300,00 300,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 300,00 |

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 |

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Service Urologie
INPE : 090061862
Tél.: 0529004166 / 0529004477