

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 : 8605 Société : RAN 163899

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : QUARDI IDRISI Azeddine

Date de naissance : 13/08/1957

Adresse : Résidence CHABAB A2 Bloc 16 Imm C

N° 5 Avenue Sébaa

Tél. : 061171512 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/06/23

Nom et prénom du malade : QUARDI IDRISI Azeddine Age : 65

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Quels ABN / RGO / constipation

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 : 01/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/06/2003	OS		200	Hôpital Universitaire de Marne la Vallée Pr J. L. BRISI Gasse 1 17, Rue de l'Université 94010 Paris Tél. 01 46 25 20 00 Fax 01 46 25 20 01 E-mail : <a href="mailto:jbris@chimie.enpc.fr">jbris@chimie.enpc.fr</a>
20/06/2003	OS		300,00	

### 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	

### 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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	G		
D	35533411	00000000	G		
B	11433553				
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DATE DE L'EXECUTION	

Date : 01/06/2023

**Quittance - Paiement espèces 0781905**

**IPP :** .....

**N° D'admission :** ..... 2300694299 **Montant :** ..... 300 ₧,

**Patient :** ..... OUARDA TDRASSI Noulay ATE ODSNE

**Payé par :** ..... *Esi —*

**Cachet**

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

Date : 01/06/2023  
Numéro : 76 886



090061862

Nom patient : OUARDI IDRISI MOULAY AZEDDINE

Médecin : PR. EL IDRISI LAMGHARI ABDENNACEUF  
*Hépato-gastro-entéro*

2300694299

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00
Total	300,00
Arrêtée la présente à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	

*Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel : 05 29 03 53 45 Fax : 05 22 89 28 54 N° INP 090061862 N°ICE 001740003000026  
E-mail : cornege@inphd.ma*

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2306011327458780 / 1 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300694515	OUARDI IDRISI MOULA	01/06/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	18966 Lui-même	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SAULTAW

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

Date : 01/06/2023  
Numéro : 77 095



090061862

Nom patient : OUARDI IDRISI MOULAY AZEDDINE

Médecin : PR. BEKKALI HICHAM  
Anesthésie-Réanimat.

2300694515

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE	300,00

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :  
TROIS CENTS DIRHAMS

*Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid  
Tel.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@fckm.hck.ma  
N°1 IP 090061862*