

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.

M23-

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8160** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **MJATI BOUAZZA**

Date de naissance : **10.03.1978**

Adresse : **ouffa Rem 109 CP 1**

Tél. : **0668115040** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **16/10/2019**

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
13/10/2023	3	3	300,00	CHU de Toulouse Assistante en Chirurgie Traumatologie Signature : Dr Soulian 09 25 09 69

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/05/2013	1/2 de la heure	180,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

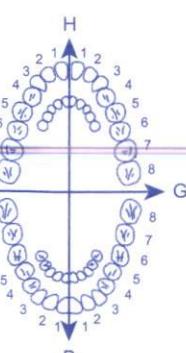
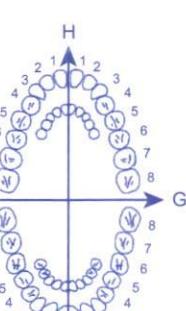
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 143.375 / 2023 du 13/10/2023

Nom patient : **MJATI FAOUZIA**

Entrée 13/10/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

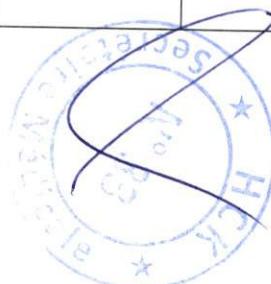
Sortie 13/10/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE	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						Total encaissé	Solde
							300,00



CASABLANCA, le 13/10/2023

PATIENT : MJATI FAOUZIA

EXAMEN(S) REALISE(S) : RX Hanche gauche F+P

IPP : H0122005407

DATE NAISSANCE : 10/01/1957

NUMERO DOSSIER : 2300761668

Résultat :

Matériel d'ostéosynthèse du fémur bien centré

Respect de l'interligne articulaire coxo fémorale

Bonne minéralisation osseuse.

Respect des parties molles

En vous remerciant de votre confiance
Signé : **Dr LAFHEL Sarah**



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

13/10/2023

MJATI FAOUZIA

Rx de la hanche gauche

(F)

Service Radiologie

Tél : (+212) 0529 00 44 66

E-mail : www.hckm.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Assistant BENSALEH Souhail
Traumatologie-Orthopédie
n°1250960

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 143 518 / 2023 du 13/10/2023

Nom patient : **MJATI FAOUZIA**

Entrée 13/10/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 13/10/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DE LA HANCHE DE FACE	1,00		180,00 Sous-Total	180,00 180,00
Total Frais Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total	180,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	180,00				180,00	0,00

Service Radiologie
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: (+212) 529 00 44 66
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 00174003000026



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 13/10/2003

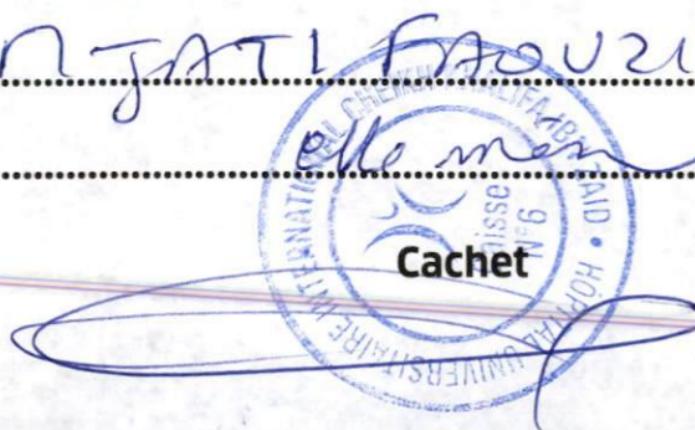
Quittance - Paiement espèces 0819437

IPP :

N° D'admission : 2361668 Montant : 180 M

Patient : N-JATI FAOUZIA

Payé par :





Date : 13/10/2023

Quittance - Paiement espèces 0819141

IPP :

N° D'admission : 2300761821 Montant : 300 ₦

Patient : MJATT FAOUZIA

Payé par : 800

Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFAH BEN ZAYED AL NAHAYAN
HUICK

Date : 13/10/2023

Quittance - Paiement espèces

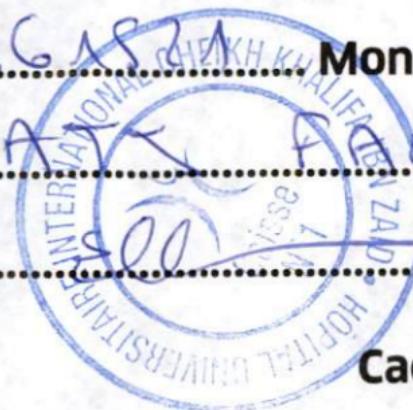
0819141

IPP :

N° D'admission : 2300761821 Montant : 300 ₦

Patient : MJA

Payé par : 0025A



Cachet