

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040799

**60842**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 28214 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAHRI JOUTEI Naima

Date de naissance : 05-04-1952

Adresse : 518 Hj: FATEH anffa - casa

Tél. : 06321 3003 67 Total des frais engagés : 473 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



(2e)

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

Nom et prénom du malade : TAHRI JOUTEI Naima Age : 68 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

R.G.O.

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

Signature de l'adhérent(e) :

TAHRI

Le : 18/03/2021

## 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
18/03/2021	CP		2300 F	DOCTEUR HIND BEN MANSOUR Hôpital de la Timone 13055 Marseille Cedex 13

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA TIMONE DOCTEUR HIND BEN MANSOUR	18-03-21	261,95

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

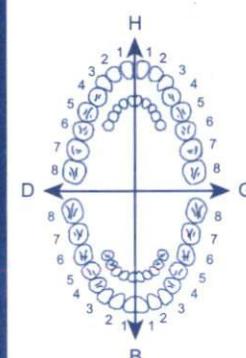
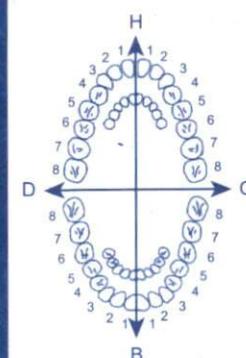
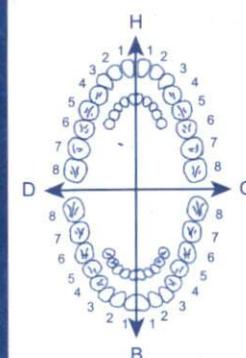
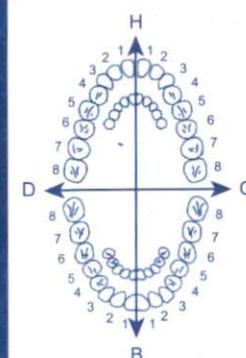
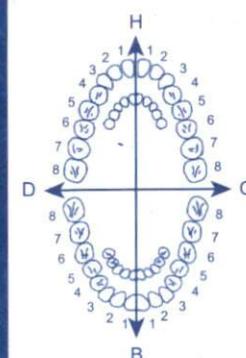
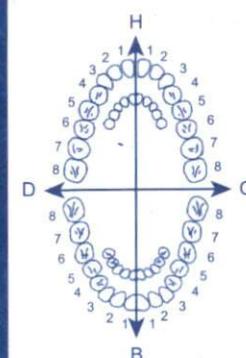
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	CCEFFICIENT DES TRAVAUX										
														
														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>										
				<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	D	G	35533411	11433553
H	21433552													
25533412	00000000													
00000000	00000000													
D	G													
35533411	11433553													
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<b>Coefficient des travaux</b>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>										
				<b>DATE DU DEVIS</b>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

18/3/21.

Mme TANRI TOUTCI Nima

1418,50



1418,50

1/ ESAC 20.



1 - 0 - 0

1/11

1418,50  
x 1 mes

89,95

2/ DEPURATIVA

1/11

Lot:  
à consommer  
avant le:  
PPC: 89,95 DH

200778

12/2024

27,50

3/ Remedy

Spasfon

9 - 2 - 2

1418,50



Signature



وصفة طبية  
**Ordonnance**

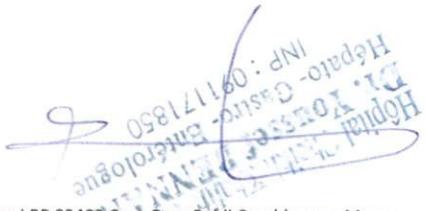
Casablanca, le :

18/3/21.

Mme TAIONI JOURTI NAIMA

F0 (D).

- R60
- EBD cour.
- Metaplasie intestinale sur  
FOOD 19/19 ( meun 2/2)



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 30 888 / 2021 du 18/03/2021

Nom patient : **TAHRI JOUTEI NAIMA**

Entrée 18/03/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 18/03/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation d'hépato-gastro-entérolog	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

**Total 300,00**

Encaissements						Total encaissé	Solde
							300,00

Le 18/03/2021 à 14h00  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
BP 82403 Oum Rabii  
Hay Hassani Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026

Date : 18/3/2021

**Quittance - Paiement espèces**

**0556483**

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 300 ₣

Patient : ..... TAHRI TOUFEI MAMDA

