

## 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 à caractère personnel.

N° W19-515478

ND: 320 17

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11096

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : Sandra Nacijoudi

Date de naissance : 19/09/1978

Adresse :

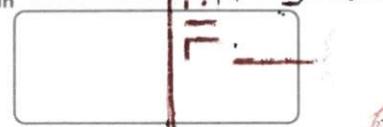
Tél. : 0662 855 099

Total des frais engagés : 1500 Dhs. + 39.00 Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Accouché

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.

24 JUIN 2020

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 : 24/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/06/2020

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
16/05/2021	Visite de suivi	1	157299	INP 01 Signature : Dr. AYADH

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



N° de DI :	2 499 346	IPP :	1500484	Nom du patient :	SAIDA NAJIOULLAH
Modalité paiement :	CLIENTS PAYANTS			N° de dossier :	H200097555
Date d'entrée :	15/06/2020	Date de sortie :	16/06/2020	Nombre de jour :	1

Date et heure d'impression : 16/06/2020 12:30:17

Description		Facturable
01	SÉJOUR	350,00
02	ACTES	3 900,00
<b>TOTAL</b>		<u>4 250,00</u>
Solde : 4 250,00		Total encaissement : 0,00
Désignation des prestations		Prix unitaire      Nombre      Montant Dh

#### ACTES

##### ACTE FORFAITAIRE

12	ACCOUCHEMENT NORMAL	5 500,00	1,00	5 500,00
1099	REMISE HONORAIRE MEDECIN	2 000,00	-1,00	-2 000,00

##### ACTE NON FORFAITAIRE

3364	RECEPTION DU BÉBÉ	400,00	1,00	400,00
------	-------------------	--------	------	--------

#### SÉJOUR

##### SEJOUR INDIVIDUEL

1586	COMPLEMENT SEJOUR CHAMBRE INDIVIDUELLE	150,00	1,00	150,00
1874	SEJOUR ACCOMPAGNANT CHAMBRE INDIVIDUEL	200,00	1,00	200,00

#### Detail Pharmacie

Description article	Prix u.	Quantite	Total
Total :			



## LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE	:	2020/P/57299	MODALITE DE PAIEMENT	:	CLIENTS PAYANTS
IPP	:	1500484	DATE ENTREE	:	15/06/2020
N ° DOSSIER	:	H200097555	DATE SORTIE	:	16/06/2020
NOM & PRENOM	:	SAIDA NAJIOULLAH	DATE FACTURATION	:	22/06/2020

	DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
<b>SÉJOUR</b>				
	COMPLEMENT SEJOUR CHAMBRE INDIVIDUELLE	150,00	1,00	150,00
	SEJOUR ACCOMPAGNANT CHAMBRE INDIVIDUELLE	200,00	1,00	200,00
<b>TOTAL SÉJOUR : 350,00</b>				
<b>ACTES</b>				
	REMISE HONORAIRE MEDECIN	2 000,00	-1,00	-2 000,00
	ACCOUCHEMENT NORMAL	5 500,00	1,00	5 500,00
	RECEPTION DU BÉBÉ	400,00	1,00	400,00
<b>TOTAL ACTES : 3 900,00</b>				
<b>Honoraires Medecins</b>				
ASMAMA YASSMINA				
	RECEPTION DU BÉBÉ	400,00	1,00	400,00
<b>TOTAL ASMAMA YASSMINA : 400,00</b>				
BELGHITI LAILA				
	ACCOUCHEMENT NORMAL	2 000,00	1,00	2 000,00
	REMISE HONORAIRE MEDECIN	2 000,00	-1,00	-2 000,00
<b>TOTAL BELGHITI LAILA : 0,00</b>				
<b>TOTAL Honoraires : 400,00</b>				
Arrêtée la présente facture à la somme de quatre mille deux cent cinquante et xx / 100		Total général :		4 250,00
Total encaissement :		4 250,00	Solde	0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD





N° DE FACTURE : 2020/P/57299  
 IPP : 1500484  
 N ° DOSSIER : H200097555  
 NOM & PRENOM : SAIDA NAJIULLAH

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
 DATE ENTREE : 15/06/2020  
 DATE SORTIE : 16/06/2020  
 DATE FACTURATION : 22/06/2020

## FACTURE

	DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
<b>SÉJOUR</b>				
	COMPLEMENT SEJOUR CHAMBRE INDIVIDUELLE	150,00	1,00	150,00
	SEJOUR ACCOMPAGNANT CHAMBRE INDIVIDUELLE	200,00	1,00	200,00
<b>TOTAL SÉJOUR : 350,00</b>				
<b>ACTES</b>				
	REMISE HONORAIRE MEDECIN	2 000,00	-1,00	-2 000,00
	ACCOUCHEMENT NORMAL	5 500,00	1,00	5 500,00
	RECEPTION DU BÉBÉ	400,00	1,00	400,00
<b>TOTAL ACTES : 3 900,00</b>				

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre mille deux cent cinquante et xx / 100

<b>TOTAL FACTURE</b>	<b>4 250,00</b>
<b>TOTAL ENCAISSEMENT</b>	<b>4 250,00</b>
<b>SOLDE</b>	<b>0,00</b>

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

Page 1 sur 2

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



الملكية المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Quittance n°

2 203 444

IPP : 1 500 484 N° de dossier : H200097555 DI : 2 499 346

Patient : SAIDA NAJIOULLAH

Montant : 4 250,00 Dh (quatre mille deux cent cinquante et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE

N° du document : 2010

Date d'encaissement : 16/06/2020

Paiement effectué à la CAISSE ADMISSION 1

Cachet du caissier :

*Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.*

N° 1591561

**Centre  
Monétique  
Interbancaire**

16/06/20 14:10:47  
9900024606  
90246003  
HCZ HOSPITALISATIONS  
Rabat

A0000000032010  
APP : VISA  
M.AZZAOUI MED SAAD  
xxxxxxxxxxxxx2010  
05/21 CARTE NATIONALE  
8D1243D59CA46E5F  
621-0-9999-1-44

**MONTANT: 4250,00 MAD**  
NUM TRANSACTION : 005  
NUM AUTORISATION: 390763  
STAN : 000488

**DEBIT**

Le CMI vous remercie

---

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT