

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 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-576599

48782



| | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 10308 | Société : | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : Bougaddou Fadoum | | | |
| Date de naissance : 1st February 1987 | | | |
| Adresse : Casablanca | | | |
| Tél. : 06 02 46 7656 Total des frais engagés : Dhs | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| JPNE = 10/10/2020 | | | |
| Date de consultation : / / | | | |
| Nom et prénom du malade : / / | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : AJHee + | | | |
| 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 : 25/10/2020 | | | |
| Signature de l'adhérent(e) : / / | | | |
| ACCUEIL | | | |



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Chèque du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|--------------|-----------------------|
|  | <u>24</u> | <u>313,80</u> |
| | <u>10</u> | |
| | <u>25/25</u> | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|  | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVÉ 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 25533414 | 11422552 |

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

ID : 639021 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 140,00 DH
118001 141852

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. DINI Khalifa
Bureau de la Santé

846 n° 22

Rafik Anj

Vectolite spray

3 x 4 jet x off
2 types 2

2 qts + 50 ml
le mélange

Opnétral 8
28 x 10 ml (50)
x 23 ml



4) Tabunex

110,00

1 pot 20g

le pot + 3ml

apres 5ans de NY

31,90 x 2

7) Zadral

100% 100ml

500

x 3ml

313,80

P.P.V. 110.0 MAD

Tabunex®

Euroate
De Mometasone
Anhydre

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 104953 / 2020 du 24/10/2020

| | | | |
|-------------|------------|--------|------------|
| Nom patient | RAFIK ARIJ | Entrée | 24/10/2020 |
| | PAYANTS | Sortie | 24/10/2020 |

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Fix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|--------------|---------------|
| - Consultation de pédiatrie | 1,00 | | 300,00 | 300,00 |
| Total Clinique | | | | 300,00 |

| | | |
|---|--|---------------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | |
| TROIS CENTS DIRHAMS | | Total 300,00 |

CHÉIKH KHALIFA IBN ZAID
TÉL: 05 29 03 53 45
FAX: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 0017400 3000026
CNSS N° 9779309, ID Fiscal 40127291 Boulevard Mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Oujda Rabii,
Hay Hassani Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 0017400 3000026