

# 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <b>1043</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>ZAHOUI Mohamed</b>
Nom & Prénom :			
Date de naissance : <b>01/10/51</b>			
Adresse : <b>11 Rue Ibn Haytan 1<sup>er</sup> Etage. App 3 TANGER</b>			
Tél. : <b>05 29 94 43 85</b> Total des frais engagés :			

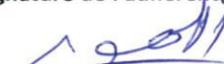
<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>PR. AL BAROUDI Saad</b>            Spécialiste en Chirurgie Viscérale            INPE : 101100618            Hôpital Cheikh Zaid         </div>			
Date de consultation : <b>23/11/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Dr. L'Abdeli Mohamed</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Duodénum</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>ACCIDENT</b>			
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 : **Palais**

Le : **25/11/2020**

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
29/01/2020	GS	0.4	310.00	INP : 101100618 PR. AL BAROUDI Spécialiste en Chirurgie Viscérale INPE : 101100618 Hôpital Cheikh Zaid

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/12/20	B83	132,12 HT

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'ORL.



Rabat, le 23.11.2020

Docteur .....

Mr

LAH OUI

M OH AMNE

faire sup:

=TP, TCA



LABORATOIRE SEKKAT  
R.D.C. 70, Bd. de la Résistance - Tanger  
Tél.: 05 39 34 13 13 - Fax: 05 39 34 34 04  
INPE 163001027

# **LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALE**

**RDC, 70 Bd de la Résistance (Ex Quevedo)  
TANGER  
INPE: 163001027  
Tél. : 0539 34 13 13 - Fax.: 05 39 34 34 04  
E. Mail: labosek2@gmail.com**

**Docteur Moncef SEKKAT  
Pharmacien Biogiste  
ICE: 001619062000025  
If: 83100121 Patente: 50483100 CNSS 2481373  
BMCI: 013 640 01063 001284 001 81 92**

Tanger le 1 décembre 2020

Monsieur LAHOUUI MOHAMMED

FACTURE N°	97681
------------	-------

**Analyses :**

Taux de Prothrombine (TP) -----	B	40	
Temps de céphaline activée -----	B	40	Total : B 80

**Prélèvements :**

Sang-----	Pc	2	
-----------	----	---	--

TOTAL DOSSIER	132,20 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Trente Deux Dirhams et Vingt Centimes

*LABORATOIRE SEKKAT  
R.D.C. 70 Bd de la Résistance - Tanger  
Tél.: 05 39 34 13 13 - Fax: 05 39 34 34 04  
INPE 163001027*

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

## Service Admission/Facturation

Quittance n°

MC...  
2 297 242

IPP : 1 528 302 N° de dossier : C202808802

DI : 2 608 441

Patient : LAHOUI MOHAMMED

Montant : 310,00 Dh (trois cent dix et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 23/11/2020

Description :

Medecin : C0171 AL BAROUDI SAAD

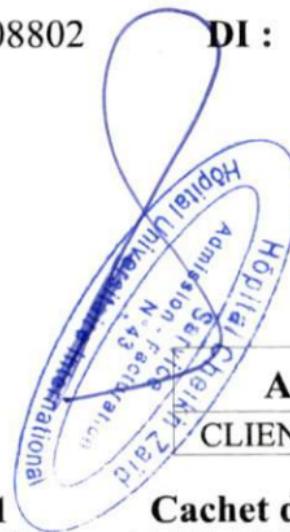
Motif : CONSULTATION EXTERIEURE + FRAIS

DOSSIER

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 1

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

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 1673585