

## 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 des données à caractère personnel.



## Déclaration de Maladie

N° W19-488243

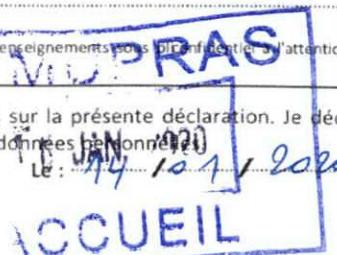
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>16997</b>			
Matricule : <b>6417</b>	Société : <b>R.A.M</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>MOUSLIM Othmane</b>			
Date de naissance : <b>22/10/1963</b>			
Adresse : <b>habituelle</b>			
Tél. : <b>0661461838</b>	Total des frais engagés : <b>530, 10 Dhs</b>		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 <b>INPEI 60 1204298</b>	
Da	
No	2000163475 / H0120000433
Lieu	<b>Prénom : Ismail</b>
Nat	<b>Nom : MOUSLIM</b>
DDN : 03/06/2010 E: 05/01/2020	
Service : PEDIATRIE (NA)	
PAYANT Sexe: M	
Conjoint	<b>sulte</b>
Age: <input type="checkbox"/> Enfant	
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 : **Casa**

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-488243
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : <b>6417</b>	Nom de l'adhérent(e) : <b>MOUSLIM</b>
Total des frais engagés : <b>530,10 dh</b>	Date de dépôt :

### 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
05/10/2010		C2	230,15	INPE: 05/10/2010

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE: 05/10/2010	05/10/2010	230,15

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV : 79,90 DH  
LOT : 619308  
PER : 05/21

# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2000163475 / H0120000433

Prénom : Ismail

Nom : MOUSLIM

DDN : 03/06/2010 E: 05/01/2020

Service : PEDIATRIE (NA)



PAYANT

Sexe: M

PPV : 79,90 DH  
LOT : 615718  
PER : 05/21

29,90 x 2

1) Augmet

500 mg sol her

1 s x 3 J

polt 8 J

48,50

2) Colpred



20 mg

l mat

PHARMACIE

165 13 52

Cotipred® 20 mg

20 comprimés effervescents sécables



6 118000 041016

21,80

3) polydexa

1 gtt x 3 J

polt 5 J

230,10



6 118000 241270

DR. MRABAT B. WA  
INSTITUT PEDIATRIE

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 1 448 / 2020 du 05/01/2020

Nom patient : MOUSLIM ISMAIL

Entrée 05/01/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 05/01/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de pédiatrie	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		<b>Total 300,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

*Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Arabie Saoudite  
Facturation*

Date : 01/01/2020

Quittance - Paiement espèces

447899

IPP : .....

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

Patient : ISMAÏL mouslim

Cachet

