

## 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 l'assuré.

On the Web

- Il existe de nombreux documents fournit des renseignements sur la situation dans les deux pays.

Bridgeman

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations
  - Pour la réhabilitation, la fréquence et la calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Desaturation

- 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 protocole.

- 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

- Récclamation : 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Héritage  
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (11G) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W19-508601

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	22736	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)				
Matricule : <u>84-54</u>	Société : <u>RAM</u>			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :		
Nom & Prénom : <u>AITBOUSSMANE MOUMAD</u>				
Date de naissance :	<u>01/01/1958</u>			
Adresse :	<u>RUE1, N°23, MAZOLA CASA</u>			
Tél. :	<u>0661263760/0522896582</u>		Total des frais engagés :	<u>451,40</u>

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même 	<input type="checkbox"/> conjoint 	
Nature de la maladie :			
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) :

Le : 26 / 02 / 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
09/10/2018			300 DH	INP : 000018268A Hôpital Chellala - P.A.S. - AHMADOU HAMMOUDI - Dr. ABDERRAHMANE HASSAN

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Hôpital POLYCLINIQUE AIR ABDELAZIZ 68, Rue MN Thami - Hay Hassani CASABLANCA Tél: 022-99216770	9/10/2018	3570
	16/10/2018	116,30

### ANALYSES - RADIographies

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	

### 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 :									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX									
				MONTANTS DES SOINS									
				DEBUT D'EXECUTION									
				FIN D'EXECUTION									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX									
				MONTANTS DES SOINS									
				DATE DU DEVIS									
				DATE DE L'EXECUTION									
<p><b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b></p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412 00000000	21433552 00000000	D	00000000 35533411	00000000 11433553	B			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
H	25533412 00000000	21433552 00000000											
D	00000000 35533411	00000000 11433553											
B													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# وصفة طبية

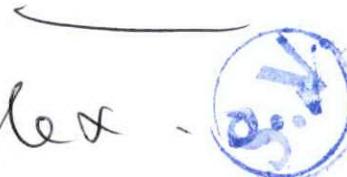
## Ordonnance

Casablanca, le :

16/01/2020

Act Barstom 2ml

Coop

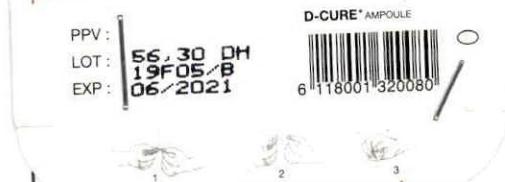


1) Syplex

= la Nacir



2) Cere

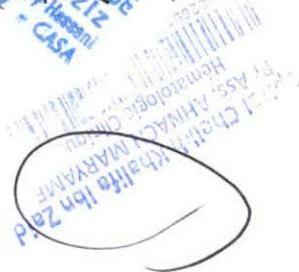


1 Af à base J.J.  
Pil à double face 15

Pil face

PHARMACEUTIQUE  
POLYCLINIQUE  
Dr. El Hachemi  
38 Rue Ibn Zayd  
Iham 90210 CASA

65311 = 1



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

09/01/2020

Zimbs Ail  
Basmalee

- Becidouze -  
35,1 mg / 10 x 3 T Pdt



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 3976 / 2020 du 09/01/2020

Nom patient : **AIT BOUSSMANE ZINEB**

Entrée 09/01/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 09/01/2020

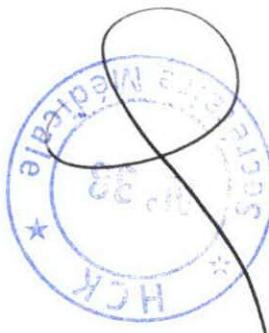
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION HEMATOLOGIE	1,00	CS	300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300,00**

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





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 29/01/2023

Quittance - Paiement espèces

0444793

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 3000

Patient : ..... AYSSANE ZINB



Cachet