

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothétique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 045083

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6711 Société : RAM (6079)

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Araij ABDALLAH

Date de naissance : 13.08.1959

Adresse : 158, lot ADANISSA Casablanca

Tél. : 0673 381639 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16.02.2021

Nom et prénom du malade : Araij Abdallah Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète + diabète thoracique

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 : 10/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : Araij Abdallah

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.

## 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
16/02/2021 16/02/2021	STÉPHANIE		300,00	 Dr. SABRINA MOHAMED CHAKHOUR Médecin généraliste 01 47 80 00 11

## 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

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & \hline  & 00000000 \quad 00000000 \\  & \hline  & 35533411 \quad 11433553  \end{array}  $	B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 17 199 / 2021 du 16/02/2021

Nom patient : ARAJ ABDALLAH

Entrée 16/02/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 16/02/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation avec électrocardiogramme	1,00		350,00 Sous-Total	350,00 350,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>350,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		<b>Total 350,00</b>

Encaissements						Total encaissé	Solde
							<b>350,00</b>

Consultation avec électrocardiogramme

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2102161420093700 / 3 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100306428	ARAJ ABDALLAH	16/02/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	006554	350,00
PAYANT	Total payé	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : FATS.AF



16/02/2021 20:28:42

llah, Araj  
ulin --- (--) Indéfini  
e : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

FC: 67 bpm  
PR: 216 ms  
QRS: 98 ms  
QT/QTcH: 370/382 ms  
QTcB: 391 ms  
QTcF: 384 ms

R<sub>v5-6</sub>/S<sub>v1</sub> : 2.57/1.18 mV  
Sok-Lyon : 3.75 mV  
Axe: 63/59/39 °

\*RAPPORT NON CONFIRMÉ\*





16/02/21 14:21:48  
9900397754  
93977501  
HOP CHEIKH KHALIFA G2  
Casablanca

A00000000031010  
APP : VISA  
M ARAJ ABDALLAH  
xxxxxxxxxxxx0003  
02/23 CARTE NATIONALE  
A6AF5E512E3E5324  
201-0-9999-1-44

MONTANT : 351,00 MAD

NUM TRANSACTION 025  
NUM AUTORISATION 342507  
STAN 006554

DEBIT

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT