

# 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.

## Education :

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.

## Optique :

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

Préclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1146 Société : GCNAUS

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : OUHMI MOHIA

Date de naissance : 1948

Adresse : ALAY HOUNDA, Rue ESSALAM, APRT 46

Tél. : 06.11.89.29.51 Total des frais engagés : 637.77 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : Noelia de la Huni Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Prosternon maladie aise

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 : ..... Le : 26/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : Be

#### **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
26.03.21	Reg Hosp		637,77	

## **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'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			COEFFICIENT DES TRAVAUX [Blank box]
			MONTANTS DES SOINS [Blank box]
			DEBUT D'EXECUTION [Blank box]
			FIN D'EXECUTION [Blank box]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient DES TRAVAUX [Blank box]
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D 00000000   00000000 35533411   11433553 G B	MONTANTS DES SOINS [Blank box]
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS [Blank box]
			DATE DE L'EXECUTION [Blank box]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

CHU

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
Casablanca  
Hôpital Ibn Rochd

الدار الجامعي ابن رشد  
مستشفى ابن رشد  
Aile 20 Dout

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé

BILLET D'EXAMEN DE LABORATOIRE

Date : 26/03/2021

Prénoms-Nom du malade : Racha oueloui  
Service : Pédiatrie

N° d'entrée :

RENSEIGNEMENT CLINIQUE

- Age : 7 mois.
- Procesus humorai
- Bronchite simple au TSP scanner.

← Nodule lobaire sup gauche hyperéchogène sous pleural.  
voie SVP accès fibro à droite

Tél : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30  
PBTP échographie. Le Chef de Laboratoire

Vous SVP accédez à l'échographie  
PBTP sous guidage

Médecin traitant



## FACTURE N° H 6820 / 2021

Intérêt à MOHA OUHMI  
46 RUE SALAM HAY AL HOUDA  
BERRECHID

Hospitalisation  
 Hôpital de jour  
 Consultation

N°d'admission	N° SUP	Mode de règlement	N° Prise en charge	Organisme tiers payant	Mode de Sortie
9874		URGENT			Normal

### Hotellerie

### - Clinique

Prestations	Prix unitaire	I_cle	coef	qte	nbj	Montant
avec biopsie		K ; KA ;	40 ; 20 ; 0	1	1	600,00
Total clinique :						600,00

### Honoraires

### Pharmacie

Produit	service	qte	prix	Montant
LIDOCAINE 2% S.A	P25	2	10,30	20,61
SERINGUE JETABLE DE 10 CC AVEC AIG	P25	1	0,23	0,23
SERINGE 5CC	P25	2	0,01	0,03
SPARADRAP PERFORE 0.18X5	P25	0,13	32,69	4,25
CRACHOIRS EN PLASTIQUE AVEC COUV	P25	1	0,73	0,78
BAVETTES JETABLES (4 LACETS OU ELA	P25	4	13,41	1,07
GANTS DE CHIRURGIE EN LATEX JETAB	P25	4	2,70	10,80

Total Pharmacie : 37,77

Total Facture	637,77
Total Avance	,00
Taux pris en charge	0 %
NET à payer	637,77

Arrêtée la présente facture le vendredi 26 mars 2021

Cacahet du bureau de la facturation N°quittance et cachet du récepteur

## Ministère de la Santé

C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance

Hôpital Ibn Rochd

Formation :

Reçu de M :

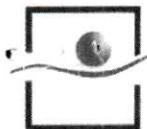
La somme de :

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
MÉ 9874	
P25	
Total	637,77

N° 539948

le 23.03.21

Signature du  
Régisseur et Cachet



## FACTURE N° H 6820 / 2021

I - facturé à MOHA OUHMI

46 RUE SALAM HAY AL HOUDA  
BERRECHID

Hospitalisation  
 Hôpital de jour  
 Consultation



N°d'admission	N° SUP	Mode de règlement	N° Prise en charge	Organisme tiers payant	Mode de Sortie
9874		URGENT			Normal

II - Hotellerie

III - Clinique

Prestations	Prix unitaire	I_cle	coef	qte	nbj	Montant
avec biopsie		K ; KA ;	40 ; 20 ; 0	1	1	600,00

Total clinique : 600,00

IV - Honoraires

V - Pharmacie

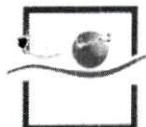
Produit	service	qte	prix	Montant
LIDOCAINE 2% S.A	P25	2	10,30	20,61
SERINGUE JETABLE DE 10 CC AVEC AIG	P25	1	0,23	0,23
SERINGE 5CC	P25	2	0,01	0,03
SPARADRAP PERFORE 0.18X5	P25	0,13	32,69	4,25
CRACHOIRS EN PLASTIQUE AVEC COUV	P25	1	0,73	0,78
BAVETTES JETABLES (4 LACETS OU ELA	P25	4	13,41	1,07
GANTS DE CHIRURGIE EN LATEX JETAB	P25	4	2,70	10,80

Total Pharmacie : 37,77

Total Facture	637,77
Total Avance	,00
Taux pris en charge	0 %
NET à payer	637,77

Arrêtée la présente facture le vendredi 26 mars 2021

Cacahet du bureau de la facturation N°quittance et cachet du régisseur

FACTURE N° H 6820 / 2021

Facturé à MOHA OUHMI

46 RUE SALAM HAY AL HOUDA

BERRECHID

 Hospitalisation Hôpital de jour Consultation



N°d'admission	N° SUP	Mode de règlement	N° Prise en charge	Organisme tiers payant	Mode de Sortie
9874		URGENT			Normal

au montant de : six cent trente-sept Dirhams et soixante-dix-sept centimes