

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR GIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Généralités :

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.

## Médecine 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.

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02658

Société : 12914 2223

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MENIAR EL MENIARI

Date de naissance :

30/06/52

Adresse :

179, lot 15 DANOUNE Sidi MAAOUF Casab

Tél. : 06 72 83 33 90

Total des frais engagés : 369.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

24/6/2021

Nom et prénom du malade :

MENIAR EL MENIARI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rupture remaniée du dos + Prolaps des disques

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 : Casab

Le : 07/07/21

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
24/01/2023	S		300,00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL QODS DR. OTHMAN MENIAR Lotissement Al Hamd N°9 Deoua. Tél 0520 040 412	24/06/20	69,40 Dhs

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

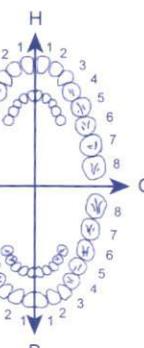
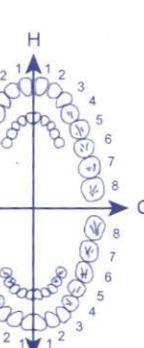
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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

20/01/2021

# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

Mr Meniar elmeniar

1) Skinosalic

$$34,20 \times 2 = 69,40$$

PHARMACIE ELQODS  
DR. OTHMAN MENIAR  
Boutissement Al Hamd N°9 Deroua  
Tél 0520 040 412

Appli sur les lésions jusqu'à

disposition

puis → Ap 1j/2

Ap 10 puis → Ap 1j/3, Ap 6 puis  
puis Act.

30g

LOT : 7148  
UT. AV : 02 - 24  
P.P.V: 34 DH70

**Skinosalic®**



Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma



LOT : 6297  
UT. AV : 01 - 24  
P.P.V: 34 DH 70

**Skinosalic®**

30g

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 75 412 / 2021 du 24/06/2021

Nom patient : MENIAR EL MENIARI

Entrée 24/06/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 24/06/2021

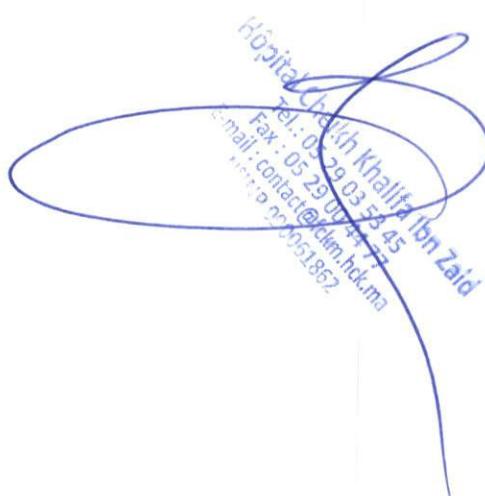
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de dermatologie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300,00**

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





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 24/06/2021

Quittance - Paiement espèces 0582391

IPP : .....

N° D'admission : 946362891 Montant : 300 DH

Patient : AENIAR EL AENIARI

Cachet