

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

## Consignes 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, parodontologie 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.

## 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

- Reclamation : 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0058341

83112

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1069 Société : R.A.M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zaigui Hammadi

Date de naissance : 12/04

Adresse : actuellement

Tél. : 0619366024

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/04/2019

Nom et prénom du malade : Mr. Zaigui Hammadi Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ALD

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° A-215 / 2019



# RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/01/21        |                   | 5                     | 1200                            |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# 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

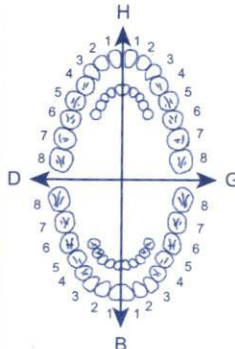
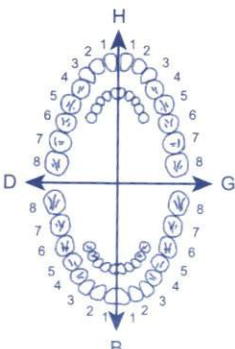
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

# RELEVÉ 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 canaux, 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  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/> 25533412 21433552<br/> 00000000 00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b><br/> 00000000 00000000<br/> 35533411 11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             |                         |
|  |  |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX |
|  |  |                  |             | 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



01/11/2021

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

M. ZARROU Hamed

Relever du pied gauche  
de srie.

  
**Dr. ASLY MOUNE**  
Professeur Assistant  
Médecine Physique  
Hôpital Cheikh Khalifa  
2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 78 500 / 2021 du 01/07/2021

Nom patient : ZARGUI HAMMADI

Entrée 01/07/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 01/07/2021

|                                     | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-------------------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| PRESTATIONS INTERNES                |        |            |               |         |
| - Consultation de médecine physique | 1,00   |            | 300,00        | 300,00  |
|                                     |        |            | Sous-Total    | 300,00  |
| Total Frais Clinique                |        |            |               | 300,00  |

|   |       |        |
|---|-------|--------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | Total | 300,00 |
| TROIS CENTS DIRHAMS                         |       |        |

|               |  |  |  |  |                |        |
|---------------|--|--|--|--|----------------|--------|
| Encaissements |  |  |  |  | Total encaissé | Solde  |
|               |  |  |  |  |                | 300,00 |

  
 hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
 Service Rééducation  
 N° INP : 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 01/07/2021

Quittance - Paiement espèces 0585082

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 300.000

Patient : ZAROUS HAMMANS

Cachet





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 01 / 07 / 2021

Quittance - Paiement espèces 0585082

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 350 000

Patient : ZAROUA HAMMAN

Cachet