

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

## tions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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

Réclamation	: 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 caractére personnel.

Maladie,

Dentaire

Optique

Autres

go215

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13.293

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BABOU

Rabhaoui

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/10/2011

Nom et prénom du malade : Accouchement

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Accouchement

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) :

## **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
11/10/2011	voir la facture			
23/10/2011	de j en 1 AT de		4500 F	Dr. Amine Bahloul Gynecologue et Fertilité ecologique statutel 0522 36 03 00 0321 1752

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05

090003054



## F A C T U R E

N° : **6712 / 2021** du **23/10/2021**

Nom patient	<b>SAIDI Ihssane</b>	Entrée	<b>21/10/2021</b>
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	<b>23/10/2021</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-ACCOUCHEMENT VOIE BASSE	1,00	K	<b>4 500,00</b>	<b>4 500,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>4 500,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>  <i>QUATRE MILLE CINQ CENTS DIRHAMS</i>	<b>Total</b>	<b>4 500,00</b>
		<b>0,00</b>

**CLINIQUE GHANDI**  
MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
**CASABLANCA**

## **Relevé des paiements**

23/10/2021

Numéro admission	Nom du patient	
211021004913MO-001	SAIDI Ihssane	

Date	Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
23/10/2021	Espèce		24 700,00
Total payé			<b>24 700,00</b>

Relevé établi par

CLINIQUE GHANDI  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
tél: 0522 36 74 05/0522 36 69 11

**CLINIQUE GHANDI**  
**MEDICO-CHIRURGICALE**  
**54 BD GHANDI**  
**TEL 0522 36 74 05**  
**FAX 05 22 94 64 91**  
**CASABLANCA**

**BILLET DE SORTIE**

Nom du patient : <b>SAIDI Ihssane</b>		
Chambre : <b>304</b>		
Médecin traitant <b>BITITI AMINE</b>		
Prise en charge <b>PAYANT</b>		
Date entrée <b>21/10/2021</b>		
Date sortie <b>23/10/2021      11:11</b>		
Le caissier	L'infirmier	Le major
<i>Billet de sortie établi par : SALMA      23/10/2021      10:05      211021004913MO-001</i>		

CLINIQUE GHANDI  
54 Bd Ghandi - Casablanca  
Tél: 0522 36 74 05 / Fax: 0522 36 69 11

# CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05

## F A C T U R E

N° **6 712** / 2021 du **23/10/2021**

Nom patient	<b>SAIDI Ihssane</b>	Entrée	Sortie
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>	21/10/2021	23/10/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
-ACCOUCHEMENT VOIE BASSE	1,00	K	6 600,00	6 600,00
-CHAMBRE GRANDE SUITE	2,00		5 500,00	11 000,00
-CHAMBRE MINI SUITE	1,00		4 500,00	4 500,00
-PLATEAU PLERIDURALE	1,00		1 500,00	1 500,00
RADIO	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	23 900,00
PHARMACIE				
	1,00	EXTRA	200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>24 100,00</b>
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. LAHBABI MOHAMED SAID (pédiatre)	1,00		600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>600,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> VINGT-QUATRE MILLE SEPT CENTS DIRHAMS	<b>Total général</b> <b>24 700,00</b>  <b>24 700,00</b>
---	---

Encaissements						Total encaissé	Solde
							<b>24 700,00</b>

GHANDI

**CLINIQUE GHANDI**  
**MEDICO-CHIRURGICALE**  
**54 BD GHANDI**  
**TEL 0522 36 74 05**  
**FAX 05 22 94 64 91**  
**CASABLANCA**

**BILLET DE SORTIE**

Nom du patient : <b>SAIDI Ihssane</b>		
Chambre : <b>304</b>		
Médecin traitant <b>BITITI AMINE</b>		
Prise en charge <b>PAYANT</b>		
Date entrée <b>21/10/2021</b>		
Date sortie <b>23/10/2021 11:11</b>		
Le caissier	L'infirmier	Le major
<i>Billet de sortie établi par : SALMA 23/10/2021 10:22 211021004913MO-001</i>		

GHANDI  
54 Bd Ghandi - Casablanca  
0522 36 66 11