

# 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.

## Radiologie 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 :

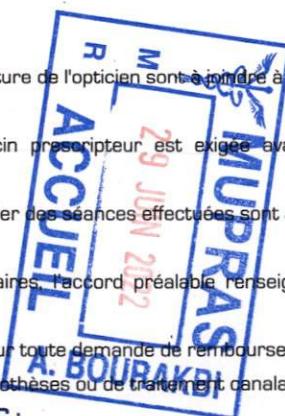
- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement 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

- 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01762 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHAFIK Abdellaouad

Date de naissance : 06/01/1954

Adresse : Villa 42 cité AL MANAR Casab

Tél. : 06 61 170319 Total des frais engagés : 350 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/04/2022

Nom et prénom du malade : CHAFIK Abdellaouad Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

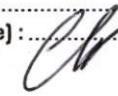
Nature de la maladie :

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 : 21/06/2022

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
27/04/2022	Opérations dentaires	150 CCG	3500000	Dr. Salim Zaid

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	00000000	G
B	00000000	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

127/04/22

M<sup>r</sup> Chafik  
AbdelJADOUR.

- Echocoeur

- Epreuve d'effort



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

N° 51 454 / 2022 du 27/04/2022

Nom patient : **CHAFIK ABDELJAOUAD**

Entrée 27/04/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 27/04/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION AVEC ELECTROCARDIOGRAMME (E)	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

**Total 350,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	350,00	350,00	0,00

Signature du patient  
Signature du représentant de l'assurance  
Signature de l'infirmier

## CASABLANCA

## Reçu de caisse

N°: 220427123723SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200494827	<b>CHAFIK ABDELJAOUAD</b>	<b>27/04/2022</b>

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0970 .	350,00
	<b>Total payé</b>	<b>350,00</b>

Reçu établi par : SAR.SLA

Id :

CHAFI K. Abdelfaqaud

27/04/2022 13:49:32

Indéfini --- (--) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

FC: 60 bpm \*

PR: 140 ms

QRS: 90 ms

QT/QTcH: 408/408 ms

QTcB: 408 ms

QTcF: 408 ms

Rv5-6/S.1 : 2.08/0.63 mV

Sok-Lyon . 2.72 mV

Axe: 50/57/44 °

\*RAPPORT NON CONFIRMÉ\*

TA : 126

81



Dél.:

25mm/s 10mm/mV LP:40Hz AC:50Hz Cardioline ECG2005 v.2.11.7693