

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-720234

N24544

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **08652**

Société : **P.A.M.**

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

**MAAROUFI MUSTAPATA**

Date de naissance :

**10/01/1970**

Adresse :

**n°14 Rue Abou Darr Al Shaffari  
Hay El Zaytun. Bercetid  
0670562056**

Tél. :

Total des frais engagés : **324,90** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie :

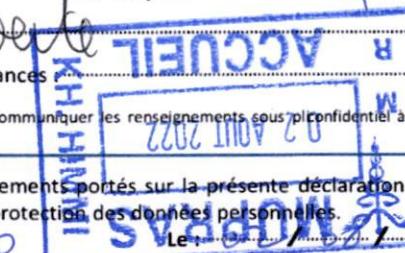
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : **Bercetid**

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
26/06/2011			300 H	INP : <u>Le Médecin a été payé</u> <u>Le Médecin Interniste</u> <u>à la Faculté</u> Signature : <u>Medecine Internne</u> Date : <u>26/06/2011</u> N° de dossier : <u>1234567890</u>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAINT EUSTACHE 16,0522 32 16,0522 32	1/2/22	749,50

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.



Rabat, le :

٠٥/٠٧/٢٠٢٢

Docteur : .....

Zoube Maaroufi Asmaa

74,90

Biotone



74,90

Lamya El met



PHARMACIE  
EZ-ZAHRA ST. SAINT SBY AU  
62, BD Hassiba Benboula Hay Ez-Zahra  
Berrechid (Tel: 0522 32 80 39)

Dr. Hichem TAHIRI  
Spécialiste en Médecine Interne  
Professeur à la Faculté  
de Médecine  
INPE: 101106987

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International

Service Admission/Facturation



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

N° Ordre : 18

Quittance N°

MC  
2·638·402

IPP : 1 608 854 N° de dossier : C223539697

DI : 3 006 851

Patient : MAAROUFI ASMAA

Montant : 310,00 Dh (trois cent dix et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 24/06/2022

Description :

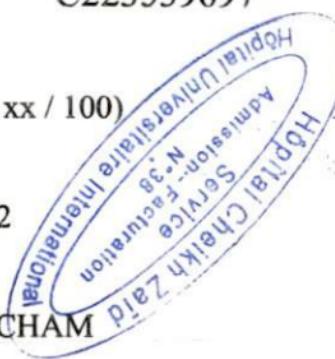
Medecin : C0279 HARMOUCHE HICHAM

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE + FRAIS  
DOSSIER

Paiement effectué à la **CONSULT CAISSE 4**

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 1973105