

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7394 Société : RAF

Actif  Pensionné(e)  Autre : KARIM 131905

Nom & Prénom : BAGDAD

Date de naissance :

Adresse : RUE 3 VILLA 35 Bd ABIZAKKAR

EL OULFA

Tél. : 0501306662 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Pr. EL FATIMI ABDELLATIF  
Médecine physique et réadaptation

03 OCT. 2022

Date de consultation : 16/09/2022

Nom et prénom du malade : BAGDAD KARIM Age : 57ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Épanie d'orteil douloureuse

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) : BAKIRI

#### **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
16/09/2022	Infiltite épanchelle	4500h.		INPE 091037072

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

#### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

ADRESSE DE L'ABONNÉ		COEFFICIENT DES TRAVAUX									
<b>D</b> <b>G</b>											
<b>H</b> <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <b>B</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
25533412	21433552										
00000000	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>											
<p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p>											
<p><b>DATE DU DEVIS</b></p>											
<p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p>											

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 119 326 / 2022 du 16/09/2022

Nom patient : **BAGDAD KARIM**

Entrée 16/09/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 16/09/2022

		Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>					
	INFILTRATION INTRA-A TICULAIRE, MEDICAME	1,00		450,00 Sous-Total	450,00 450,00
	<b>Total Frais Clinique</b>				<b>450,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>450,00</b>

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	450,00	450,00	0,00

Ref Chq : 2332552/BMCI/



**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

CASABLANCA

**Reçu de caisse***MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID*

N° : 22091615280114701 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200562513	BAGDAD KARIM	16/09/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	2332552/BMCI Lui-même	450,00
PAYANT	Total payé	450,00
QUATRE CENT CINQUANTE DMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : KHA.IBR

