

# 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.

MUPRAS

Déclaration de Maladie : N° P19-0021867

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1259 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : NASR SALAH Date de naissance : 01.01.1952

Adresse : Rue 33 N° 36 ALIA 1 - OULFA - CASA

Tél. : 0662807355 Total des frais engagés : 668,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/10/2022

Nom et prénom du malade : NASR SALAH Age : 68

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : SFR

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 : CASA Le : 26/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

### 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
24/12				
21				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/22	178,20

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

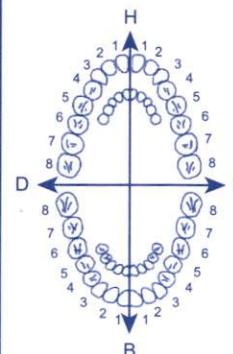
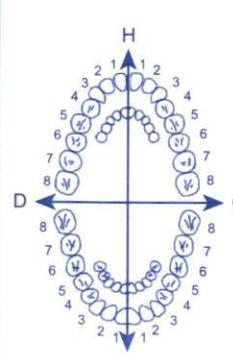
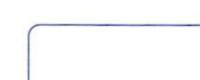
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<b>Coefficient DES TRAVAUX</b>
				
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>
				
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b>
				
				<b>FIN D'EXECUTION</b>
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
	D	00000000	00000000	
	G	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b>
				
				<b>DATE DU DEVIS</b>
				
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le :

2200813172 / H0122037198

Prénom : JIHANE

Nom : NASR

DDN : 18/11/1999 E : 24/12/2022

Service : URGENCES (NA)

PAYANT

Sexe: M

10,00

① - ANDOL 1g s

1g x 31 j aer

EXP : 04/2025  
PPV : 10,00 DH  
N 107

si céphalées ou

Douleurs

168,20

② - AUGMENTIN 1g

1 sachet

sachet 07 jaens

= 178,20

PPV : 168,20 DH  
UDT : 650128  
PER : 07/24

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : 24/12/2022

Test Antigénique Rapide COVID-19

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. Mehdi Mohamed EL HABBOU  
Urgentiste

Casablanca le : 24/12/2022

## ATTESTATION DE DEPISTAGE SARS Covid-19

Pour valoir ce que de droit,

Date et heure de prélèvement : **24/12/2022**

IPP : **2200613172**

Nom : **NASR**

Prénom : **JIHANE**

Test de dépistage rapide antigénique SARS Cov2 : **NEGATIF**

*Ce test est un dépistage. Le test de diagnostic de référence est la RT-PCR.*

Signature et cachet



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 170 325 / 2022 du 24/12/2022

Nom patient : **NASR JIHANE**

Entrée 24/12/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 24/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
TEST ANTIGENIQUE RAPIDE COVID	1,00	B	190,00	190,00
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	490,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>490,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>QUATRE CENT QUATRE-VINGT-DIX DIRHAMS</b>	<b>Total</b>	<b>490,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	<b>490,00</b>				<b>490,00</b>	<b>0,00</b>

