

# 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

- 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.

M22- 0044851

149525

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9160 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAJI NAJNA

Date de naissance :

Adresse : LOT NASIRA HASANIA - APT 64 - OULFA

CASA

Tél. : 0651088858

Total des frais engagés : 1034,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10 / 04 / 23

Nom et prénom du malade : RAJI NAJNA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DERMATOSE

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

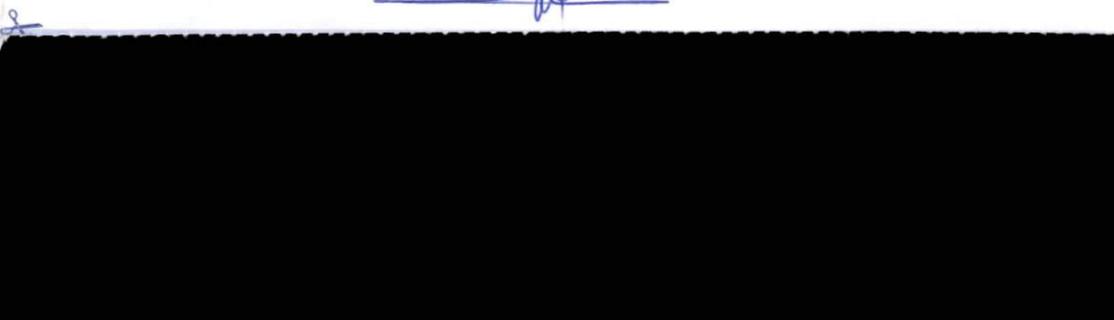
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA

Le : 10/04/2023

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
20/02/2013	C		300,00	Hôpital Universitaire Interministériel de Paris Professeur Assistant Médecin Signature : [Signature] Date : [Date]

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية حي الوئاد PHARMACIE HAY EL WIAM 252 BD OUED SBOU OFFA SABLANCA Tél: 05 22 91 17 31 2023	10/10/23	734,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

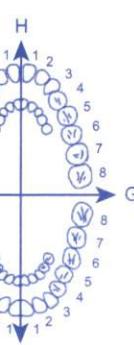
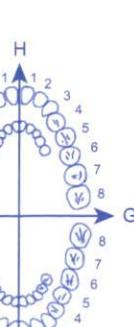
## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r}  H \quad 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D \quad 00000000 \quad 00000000 \\  \hline  G \quad 00000000 \quad 00000000 \\  \hline  B \quad 35533411 \quad 11433553  \end{array}  $ <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>MONTANTS DES SOINS   <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS   <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION   <input type="text"/></p>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RAJI NAFSA

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 10/10/2023

LOT : 05322025  
PER : 19/2/2025  
PPV : 74.80 DH

LOT : 05322025  
PER : 11/2/2025  
PPV : 74.80 DH

1 CANONICA BLU PHA -  
antiseptique

121P

bon soin



pieds



2x1g

FUCIDINE



21  
39,70

1 - 1 x 21g + 1 x 10ml



جعفر الوناد  
PHARMACIE HAY EL WIAM  
252 BD OUED SEBOU OULFA  
CASABLANCA Tel: 05 22 91 17 31  
INDE: 0022 32 32 19

39,70

3)

14,10 x 2

14,10

il

SEPCEN

compresses stériles

1 - 5 PAKKAP



33 x  
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur Assistant AGHARBI FATIMA ZAHRA  
Dermatologie  
10000 CASABLANCA  
Tél: +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc  
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

252 BD DUE D SEB  
PHARMACEUTICALS  
252 BLABLNCATEL: 0970  
INT: 0970

abhorringly ~~spare~~)

exh

CE → ACE      Cetyl      1,2,3

PPU: 49,00 DKK  
PER: 10/2027  
LOT: 08222024  
T346

ann-x 

Yale University

and  $\times$  with the  $\tau$

Local authority functions & responsibilities

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

N° 20 783 / 2023 du 10/02/2023

Nom patient : **RAJI NAIMA**

Entrée 10/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 10/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE DERMATOLOGIE	1,00		300,00	300,00
<b>Total Frais Clinique</b>			<b>Sous-Total</b>	<b>300,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@hck.ma  
N°INP 090061862

Date : 10/02/2023

Quittance - Paiement espèces 0750787

IPP : .....

N° D'admission : 2300637546 Montant : 300 ₧

Patient : RAJS

Payé par : Elle

