

# 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.

150044

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3081 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : RAOUF AHMED

Date de naissance : 1959

Adresse :

Tél. : 06 66 21 70 16 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20 FEV. 2023

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté : R 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 : CAF Le : 09/02/23

Signature de l'adhérent(e) : RAOUF AHMED

## 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
09/03/2023		CC		Hôpital Universitaire International de Casablanca Pr agrégé BELMIB HICHAM Chirurgie Vasculaire et endovasculaire 261168431

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOPHARMACEUTICALS

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	
	09/02/23	Chantefeu est de Chantefeu est de				120,00 DH
	13/02/23	Chantefeu est de Chantefeu est de				120,00 DH
	16/02/23	Chantefeu est de Chantefeu est de				120,00 DH

## 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.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 16/02/23

RAOUZ Ahmed

Surp:

Changement de  
pensement 1 j/2

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr agrégé, BELMIR HICHAM  
Chirurgie vasculaire et endovasculaire  
0524 264 434

Date : 09/02/2023

**Quittance - Paiement espèces 0750657**

**IPP :** .....

**N° D'admission :** 23 0063 6588 **Montant :** 120 Dhs

**Patient :** RAOUZ AHMED

**Payé par :** Lui-même



**Cachet**

Date : 13/01/2023

Quittance - Paiement espèces 0749187

IPP : .....

N° D'admission : 2302638089 Montant : 120 Dhs

Patient : RIAOUZ ALHNEED

Payé par : KARIB RACIIDA



Cachet

Date : 16/02/2023

Quittance - Paiement espèces **0755230**

IPP : .....

N° D'admission : 2300640629 Montant : 120 DA

Patient : RAOUF HAMED

Payé par : .....



Cachet

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

N° 19 823 / 2023 du 09/02/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED** Entrée 09/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS** Sortie 09/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>120,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>CENT VINGT DIRHAMS</b>	<b>Total</b>	<b>120,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	<b>120,00</b>				<b>120,00</b>	<b>0,00</b>

Hôpital Universitaire  
Cheikh Khalifa  
Soins Ambulatoires  
International

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° **21 284** / **2023** du **13/02/2023**

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée **13/02/2023**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **13/02/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>120,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>  <b>CENT VINGT DIRHAMS</b>	<b>Total</b>	<b>120,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	<b>120,00</b>				<b>120,00</b>	<b>0,00</b>

*Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Sous Maitrise de la Direction Générale  
Sous Maitrise de la Direction Générale*

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 23 663 / 2023 du 16/02/2023

Nom patient : RAOUZ AHMED Entrée 16/02/2023

Prise en charge : PAYANTS Sortie 16/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>120,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DIRHAMS	Total	120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00

Signature : *[Signature]*  
Sous Rédigations : *[Signature]*  
Chambre Syndicale : *[Signature]*  
Hôpital Universitaire Internationale : *[Signature]*