

## 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 ALA :

- 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° W21-648910 **1764**

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	7647	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ABDELILAH ABOU
Nom & Prénom :		RADIP	
Date de naissance :		26/08/1962	
Adresse :		LOT RYAD es-SALAME N° 149 m9ARADIA	
Tél. :		06 58 35 9897	
Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDD N° : AA-215/2010

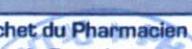
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. EL BACHA EL AMINE Service des Urgences Hôpital Universitaire Internationale CHEIKH ZAID - RABAT	
Date de consultation : _____	
Nom et prénom du malade : _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> 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.	

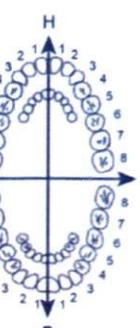
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15.11.2022	£ 3,40

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
				<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																

U220017449  
RADI REHAM

Sexe : F  
Entrée : 19/11/2022

Nais : 11/06/2004  
Age : 18ans

abat, le

Hôpital Cheikh Zaïd    CLIENTS PAYANTS  
DI : 3 104 429  
IPP : 1 627 864  
**U220017449**

✓ Solupress 48,70  
Zopfen mit x 55

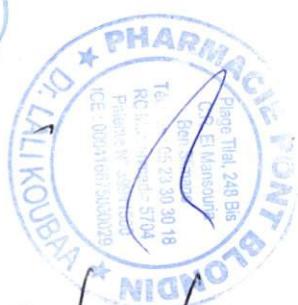
✓ Zyppec

✓ Rep. local 24,70

✓ Torect

✓ Acp. local

Dr. EL BACHA EL AMINE  
Service des Urgences  
Hôpital Universitaire International  
CHEIKH ZAID - RABAT



# SOLUPRED 20 mg

comprimé effervescent

Prednisolone

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Solupred 20 mg 20 cp

P.P.V : 48,70

E 118000 060536

Barcode

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

060536

Royaume du Maroc

• Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Quittance N°

2.722 939

IPP : 1 627 864 N° de dossier : U220017449

DI : 3 104 429

Patient : RADI REHAM

Montant : 519,05 Dh (cinq cent dix-neuf et 05 / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 19/11/2022

Description :

Medecin :

Motif :

Paiement effectué à la CAISSE URGENCÉ

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.

Cachet du caissier :

N° 2046019





N° DE FACTURE : 2022/P/141594  
 IPP : 1627864  
 N° DOSSIER : U220017449  
 NOM & PRENOM : RADI REHAM

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
 DATE ENTREE : 19/11/2022  
 DATE SORTIE : 19/11/2022  
 DATE FACTURATION : 19/11/2022

## FACTURE

	DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT / DH
ACTES	CONSULTATION GARDE (URG)	350,00	1,00	350,00
PHARMACIE				169,05
<b>TOTAL ACTES : 350,00</b>				
				<b>169,05</b>



Arrêtée la présente facture à la somme de  
 cinq cent dix-neuf et 05 / 100

<b>TOTAL FACTURE</b>	<b>519,05</b>
<b>TOTAL ENCAISSEMENT</b>	<b>519,05</b>
<b>SOLDE</b>	<b>0,00</b>

Les montants affichés sur cette facture sont en M

Page 1 sur



## LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2022/P/141594

IPP : 1627864

N° DOSSIER : U220017449

NOM &amp; PRENOM : RADI REHAM

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS

DATE ENTREE : 19/11/2022

DATE SORTIE : 19/11/2022

DATE FACTURATION : 19/11/2022

## DESIGNATION DES PRESTATIONS

## PRIX UNITAIRE NOMBRE MONTANT DH

ACTES

CONSULTATION GARDE (URG)

350,00 1,00 350,00

TOTAL ACTES : 350,00

PHARMACIE

PHARMACIE

169,05

TOTAL PHARMACIE : 169,05

Honoraires MedecinsEL BACHA EL AMINE

CONSULTATION GARDE (URG)

250,00 1,00 250,00

TOTAL EL BACHA EL AMINE : 250,00

TOTAL Honoraires : 250,00

Detailed PharmacieDescription article

Prix u. Quantite Total

CONS. ET REACTIFS LABORATOIRE

GANT EN NITRILE NON POUDRE TM (100)

0,77 6,00 4,62

Sous-Total : 4,62

DISPOSITIFS MEDICAUX

SPARADRAP HYPO ALE URGOD 5mX20cm (001)

5,56 1,00 5,56

COMPRESSE STER 10X10 S/5 12P STERIFIL (001)

5,55 1,00 5,55

SERINGUE 10ML 21G 1/2 CANFINE (001)

4,25 1,00 4,25

INTRANULE G 20/32MM R:10006 POLYMED (001)

2,47 1,00 2,47

Sous-Total : 17,83

MÉDICAMENTS

AERIUS 5 MG COMPRIMES (0030)

102,60 1,00 102,60

METHYLPREDNISO 120 MG MYLAN INJECTA (020)

35,00 1,00 35,00

SODIUM CHL 0.9% POCHE 250ML LAPROPHAN SOL MAS (01)

9,00 1,00 9,00

Sous-Total : 146,60

TOTAL Pharmacie : 169,05

Arrêtée la présente facture à la somme de cinq cent dix-neuf et 05 / 100

Total général :

519,05

Total encaissement :

519,05

Solde

0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD