

# 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.

## 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.

**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

168118

## Déclaration de Maladie : N° S19-0001345

Maladie

Dentaire

Optique

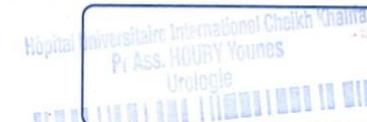
Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12145 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : Youness ALFIZI Date de naissance : 16/7/78  
Adresse : 117- Bd boughe n° 7 CPSS  
Tél. : 0664 71 8338 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/05/2023

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

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : IST

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 : CASAB

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)



## **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
3/02/2014	Consultation		300 Dhs	Praticien : Dr Cheikh Khalifa Signature : Dr Cheikh Khalifa Date : 03/02/2014 N° de tél : 034213275

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIJELMASSA Saïd DANIAMI Tél: 05 22 37 36 15	30.05.23	211.60

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

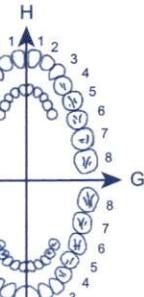
## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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			COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			MONTANTS DES SOINS
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS										
				DATE DE L'EXECUTION										

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

30/05/2023

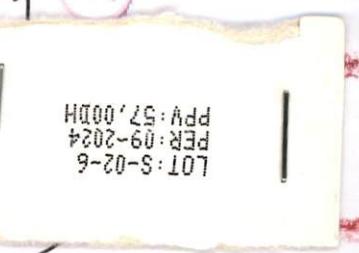
A G Z I O Y O U N E S

74,80

74,80 / 8 pochein for cf (S.V)  
1 epair, pdh 525



79,30 21 : A gzi (S.V)  
2 Up III Dist



57,10 31 Tnada on 500mg  
inj IM.  
Ocules loin  
1 yel/1

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 230530140706SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300693102	AGZID YOUNESS	30/05/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	2619 Lui-même	300,00
Total payé		300,00

Reçu établi par : SAI.RAJ

Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Urgences  
Tél.: 0629007266 / 0529004477

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 75 743 / 2023 du 30/05/2023

Nom patient : **AGZID YOUNESS**

Entrée 30/05/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 30/05/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
<b>CONSULTATION D'UROLOGIE</b>	<b>1,00</b>		<b>300,00</b>	<b>300,00</b>
			Sous-Total	300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENTS DIRHAMS

Total

300.00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00

## Encaissements

Carte B

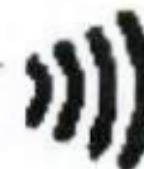
Total encaissé

## Solde



مصرف العربي للتجارة

SANS CONTACT



30/05/23

13:04:35

9900397978

93979701

HOP CHEIKH KHALIFA G8

Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxxx4045

CARTE NATIONALE

6D411C63E450C3A9

220-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 006

NUM AUTORISATION : 0Q0223

STAN : 002619

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT