

# 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autre**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3682

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SESTIC ICAN

Date de naissance : 06/07/1959

Adresse : CASABLANCA

Tél. : 0661181904

Total des frais engagés :

647,40

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/07/2023

Nom et prénom du malade : M. A. BADI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Membre de la famille

Enfant

Nature de la maladie : Affection de la tête et le visage

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 24 JUIL 2023



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

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Centre Allal Ben Abdellah

Le : 15/07/2023

## 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
11/05/23		8	3000,00	Hôpital Universitaire International Professeur Charles Nicolle DERMATOLOGIE 091028191

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Zlmin. Wafa Bank , Acp Rue 1er Bd Med VI Casablanca Tel: 02 21 21 156	11/05/23	347,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>						
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX						
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS						
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION						
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION						
<b>O.D.F PROTHESES 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;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G									
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553									
D	B									
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS						
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS						
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION						

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MYCOSTER 1%  
CREME T30G  
LOT : 23E002  
PER : 12/2025  
P.P.V : 45DH20  
6 118000 011118

ORDONNANCE

Bouskoura, le :

Alaoui Badia ,

11/15/2023

98,-

1) Bain de pieds à l'Alcastel

15

120,-

2) Tésguna 250

15

3)

DCP crème

LOT : 221371  
EXP : 11/2025  
PPV : 120,- DH  
PPV (DH) :  
LOT N° :  
UT. AV. :

45,20

4) My

15

84,20

5)

Derma x 1 poudre  
1x (sem dans le chausse)

34,740

~~PHARMACIE IPNI~~  
~~DR. A. A. AL KARIMA~~  
~~71000 - Wat Bank, 1000 RUE~~  
~~IFNI et Bd Med III, Casablanca~~  
~~Télé: 05 22 41 34 55~~

6) Lift Activ sur C  
la pulsatrice le son.

7) Protect Écran (DCP).  
2 a 3 x 1j.

~~Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur Dr. SCUMIYA  
Dermatologie  
091028193~~

A lever dans 1 mois

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300243950

## F A C T U R E

N° 18 038 / 2023 du 11/05/2023

Nom patient : ALAOUI FDILI BADIA

Entrée 11/05/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 11/05/2023

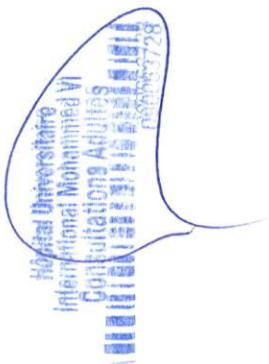
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation de dermatologie	1,00	K	300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

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



CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2305111401552080 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300243950	ALAOUI FDILI BADIA	11/05/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	5118	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : S.BENSID