

## 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.

N° W21-826158

199877  
Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13077

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SERGHINI MOHAMED KARIM

Date de naissance :

15/03/1993

Adresse :

185 GH13 APP7 ALFIRDAOUS  
Casablanca

Tél. : 06 75 68 43 38

Total des frais engagés : 1,00

Dhs

Dr. GOUCI HAKIMA

Réanimateur Pédiatre

INPE 101216612

Hôpital Privé de Sale

Intersction Av. Ben Guérir

et Av. Mediouna Préfecture Sale Arr. Bettana

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:-

Dr. GOUCI HAKIMA  
Réanimateur Pédiatre  
INPE 101216612  
Hôpital Privé de Sale  
Intersction Av. Ben Guérir  
et Av. Mediouna Préfecture Sale Arr. Bettana

Date de consultation :

13/03/2024

Nom et prénom du malade :

Serghini Mohamed Karim

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Réint. tbc

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 : Casablanca

Le : 22/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VIOLET ADHERENT

## **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	INP : <input type="text"/>
				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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
112	21433552
000	00000000
000	00000000
111	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Hôpital Privé de Salé  
المستشفى الخاص لسلا

Salé, le 29/01/2024

**AVIS DE NAISSANCE**

Dr. Fadwa BENZEKRI  
Gynécologue - Obstétricienne  
Av. Lalla Aïssatou Rés. ADAM II Tariq Ben Ziane  
Tél. 05 37 86 40 10 - GSM 06 14 07 83 26  
INPE : 101175885

Je soussigné, Docteur : BENZEKRI FADWA

Certifie que Madame: BOUKA NAJLAA

C.I.N: AE123949

Épouse M : MOHAMED KARIM SERGHINI

C.I.N:D854246

Avoir accouché le : 2024-01-29 A 02:40:00

Nouveau-né vivant de sexe: Féminin Poids : 2555

Signature

Intersection Av. Ben Guerrir et Av. Mediouna  
Préfecture Sale arr. Bettana  
Tel : 0537 88 88 88 - Fax : 0537 89 38 35  
Site : [www.hopital-prive-sale.ma](http://www.hopital-prive-sale.ma)  
E-mail : [direction@hopital-prive-sale.ma](mailto:direction@hopital-prive-sale.ma)

# HOPITAL PRIVE SALE



040064990

SALÉ Le : 31-01-2024

## Facture N° 04265/24

### A. Identification

N° Dossier : HPS24A28215000A N° Identifiant : 024359/24

**Nom & Prénom :** Mme BOUKA NAJLAA

C.I.N : AE123949

Adresse : LOT RABIA NO 17 ROUTE MEHDIA

### B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . BENZEKRI FADWA

### C. Débiteur

page 1/1

**Organisme : Payant**

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 28-01-2024

Date Sortie : 31-01-2024

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
						0,00
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
1	DR. GOUCHE HAKIMA (PEDIATRIE)		400,00			400,00
					Total Rubrique :	400,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :					<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>400,00</b>

QUATRE CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT WAFA

ASSURANCE) de :

ZERO DIRHAMS

signature de l'assuré

