

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0007998

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7205

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : ALLAHAM AHMED

Date de naissance : 21/01/1956

Adresse : 51 CITE ESMICHA LISSAFA CASABLANCA

Tél. : 06 44 46 48 82

Total des frais engagés : 418,82 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....  
*Dr. Mehdi Mohamed El Hambou - 2019*

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) : .....

## 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
06.4.19	Visite	N° 453514	Administratif 18,88	Hôpital Cheikh Khalifa bin Zayed Mehdi Mohamed EL HABBOU

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRE

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

The diagram shows a 3D grid with 12 points labeled H, D, G, and B. The grid is centered at the origin (0,0,0). The vertical axis (z-axis) is labeled H at the top and B at the bottom. The horizontal axis (x-axis) is labeled D on the left and G on the right. The depth axis (y-axis) is labeled 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12. The points are arranged in a grid pattern: the first point (1) is at (0,0,1), the second (2) is at (1,0,1), the third (3) is at (2,0,1), and so on. The points are labeled with numbers 1 through 12, with 1 at the top center and 12 at the bottom center.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 45 351 / 2019 du 06/04/2019

Nom patient : AKHDIM AHMED

Entrée 06/04/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 06/04/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
- Sondage vésical	1,00		800,00	800,00
			Sous-Total	1 100,00
PHARMACIE	1,00		18,88	18,88
			Sous-Total	18,88
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 118,88</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CENT DIX-HUIT DIRHAMS QUATRE-VINGT-HUIT CENTIMES

**Total 1 118,88**

Encaissements					Total encaissé	Solde
						<b>1 118,88</b>

HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
Admission Facturation

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

09/04/2019  
11:55

Nom Patient :	<b>AKHDIM AHMED</b>	Numéro dossier :	<b>1900045802</b>
---------------	---------------------	------------------	-------------------

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
05/04/2019	SONDE FOLEY A BALL LATEX CH16	620159	1,00	6,24	6,24
05/04/2019	POCHE A URINE ADULT	620159	1,00	3,64	3,64
05/04/2019	COMPRESSE STERILE TISSE 7.5X7.5 PQT5	620159	3,00	1,77	5,31
05/04/2019	SERINGUE 10ML	620159	1,00	0,73	0,73
05/04/2019	GANT DE CHIR.STERILE EN LATEX	620159	1,00	2,96	2,96
<b>Total pharmacie</b>				<b>18,88</b>	