

## 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>249210</b>			
Matricule : <b>14976</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>HAFID Abdellah</b>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : <b>Dhs</b>			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input 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) : <b>ACCUEIL SIEGE RAM</b>	

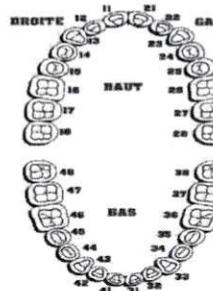


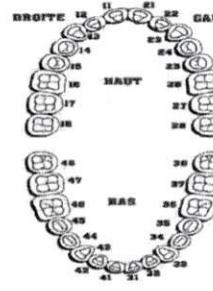
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
					

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
		H		
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-383149	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de [3] trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

2000188810 / 170506160355RA

Prénom : Rayane  
Nom : HAFID  
DDN : 13/11/2004 E : 24/02/2020  
Service : PEDIATRIE (NA)

PAYANT  
Sexe: M

-383149

DATE DE DEPOT

...../...../201...

Nom & Prénom		Signature de l'adhérent	
Fonction : ..... Phones: .....		Signature de l'adhérent	
Mail			
MEDECIN Prénom du patient			
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age .....		Date 24/02/2020	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficients	Montant détaillé des honoraires	
		300 DH	
PHARMACIE Date 24/02/2020			
Montant de la facture 24/02/2020		Signature et cachet du Pharmacien	
ANALYSES - RADIGRAPHIES Date :			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM IV	

CACHET

CACHET

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2000188810 / 170506160355RA  
Prénom : Rayane  
Nom : HAFID  
DDN : 13/11/2004 E: 24/02/2020  
Service : PEDIATRIE (NA)

PAYANT  
Sexe: M

PPV:10DH30  
PER:11/21  
LOT:H2495

1) N.S. Polypin (S.V.)  
1 gr eff x 3 j

Dr. Hafid

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 26 549 / 2020 du 24/02/2020

Nom patient : **HAFID RAYANE**

Entrée 24/02/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 24/02/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de pédiatrie	1,00		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	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

*Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid*  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
Email : contact@ckkm.hck.ma  
N°INP 090061862