

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## que :

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.

## aire :

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.

## die 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7122 Société : RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AL ZENNOURI Ahmed

Date de naissance : 90/12/1955

Adresse : Boulevard golf City, Nelle verte

Tm. 32 Apt 6, Mouni carrefour

Tél. : 0669 774 623 Total des frais engagés : 556 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/02/2020

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : AVCD

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 : Cochebenex Le : 11/02/2020

Signature de l'adhérent(e) : AB

## 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
20/01/20	CS	3000,00		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ROUTE TADDART</i> <i>28-21-10</i> <i>CHKOU</i> <i>CHKOU</i> <i>ROUTE TADDART</i> <i>28-21-10</i> <i>CHKOU</i>	<i>20/02/20</i>	<i>25610</i>

## 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

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																															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000			B	G	00000000	11433553			H			D			G			B			H			D	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552																														
	D	00000000	00000000																														
			B																														
	G	00000000	11433553																														
			H																														
			D																														
			G																														
			B																														
			H																														
		D																															
				MONTANTS DES SOINS																													
				DATE DU DEVIS																													
				DATE DE L'EXECUTION																													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX																													

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

le 20/09/2020

M<sup>2</sup> Al - zemmouri Pneu  
 M3 22x7  
 ⑤ Medi Zemouri 2,5 S.V.  
 29,10  
 21  
 Atarax S.V.  
 29,10  
 256,10  
 29,10

LOT : 025  
 PER : OCT 2021  
 PPV : 113 DH 50

LOT : 022  
 PER : AUT 2021  
 PPV : 113 DH 50

29,10

29,10

29,10

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 24 818 / 2020 du 20/02/2020

Nom patient : **AL-ZEMMOURI AHMED**

Entrée 20/02/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 20/02/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation de neurologie	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						Total encaissé	Solde
							300,00



Date : 20/04/2020

Quittance - Paiement espèces

0462223

IPP : .....

N° D'admission : 2000187094 Montant : 300 DH

Patient : AL-ZEMMAGHCK AHMED

