

## 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**

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Nº W19-489757

ND: 32193

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	12441	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Jaber Maouan			
Date de naissance : 12/10/84			
Adresse : Lot 2000 N° 15 TC 2000			
Tél. :	066 89 22 10	Total des frais engagés :	145 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 28/03/2020			
Nom et prénom du malade : Sofia Jibar Age: 36			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> enfant			
Nature de la maladie : cophathie ACCUTE			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUTE			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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
08/03/2020	315,55	315,55	315,55	INP : 101197861 Signature

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BI-KASEM Avenue Bi-Kasem Rabat - Tél : 05 27 65 305 INPE : 102057205	02/03/2020	115,30

**ANALYSES - RADIographies**

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

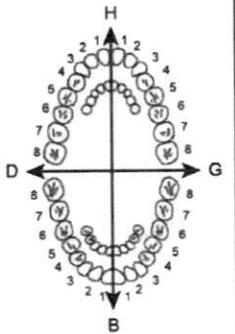
**AUXILIAIRES MEDICAUX**

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

**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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
				MONTANTS DES SOINS _____
				DEBUT D'EXECUTION _____
				FIN D'EXECUTION _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
				MONTANTS DES SOINS _____
				DATE DU DEVIS _____
				DATE DE L'EXECUTION _____

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le 08/03/2020

Docteur .....

Sofia Jibar

Pds = 21Kg

40,00

X2

1) Neofoton 400mg  
1cp 3q/j si douleur

12,80  
\*  
2) Doliprane 300mg  
1cp po T6H 8/07/30

22,50  
+1

3) Bufen 100mg  
1cac/16H 6/04/30  
115,30  
si céphalées

PHARMACIE WARDA  
Avenue Bir Kacem - Souissi  
Rabat - Tél : 05 37 65 99 77  
INPE : 102057205

Dr. EL MANSOURI NEDJA  
Spécialiste en Pédiatrie  
INPE : 10197861  
Hôpital Cheikh Zaid  
\*\*  
0800MIX

# Doliprane®

PARACETAMOL 300 mg

12,180

PPV 120480  
PER 09/21  
LOT H2023



DOULEURS  
FIEVRE



10 SUPPOSITOIRES



bottu s.a.  
82, Allée des Cœurs noirs - Alin Sébila - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

BRUFEN

100 mg/5 ml Ibuprofène

Suspension  
pédiatrique

PPV (DH):

Lot N° :

UT.AV.:

٤٠ ملغ

فلوروچلورسينول

نيوفورتان®

١٥  
أقراص  
ملج

١٥  
أقراص  
ملج

فلوروچلورسينول

نيوفورتان®



NEOFORTAN® 40 mg NEOFORTAN® 40 mg

PPV 40DH00

EXP 11/2022

LOT 98040 2

PPV 40DH00

EXP 05/2022

LOT 80051 4

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International

Service Admission/Facturation



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

HCZ

Quittance N°

2 172 881

IPP : 1 493 738 N° de dossier : U200004239 DI : 2 464 538

Patient : JIBAR SOFIA

Montant : 359,55 Dh (trois cent cinquante-neuf et 55 / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 3060

Date d'encaissement : 08/03/2020

Description :

Medecin :

Motif :

Paiement effectué à la URGENCE CAISSE

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Cachet du caissier :

N 1566093





## LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2020/P/32052

IPP : 1493738

N ° DOSSIER : U200004239

NOM & PRENOM : JIBAR SOFIA

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS

DATE ENTREE : 08/03/2020

DATE SORTIE : 08/03/2020

DATE FACTURATION : 08/03/2020

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
-----------------------------	---------------	--------	------------

### ACTES

CONSULTATION GARDE (URG) 350,00 1,00 350,00

**TOTAL ACTES : 350,00**

### PHARMACIE

PHARMACIE 9,55

**TOTAL PHARMACIE : 9,55**

### Honoraires Medecins

EL MASNAOUI NADA

CONSULTATION GARDE (URG) 250,00 1,00 250,00

**TOTAL EL MASNAOUI NADA : 250,00**

**TOTAL Honoraires : 250,00**

### Detail Pharmacie

Description article	Prix u.	Quantite	Total
---------------------	---------	----------	-------

#### Autre

AIGUILLE NEEDLE G 25 (001)	0,39	1,00	0,39
SERINGUE 10 ML G21 BK LUER SLIP (001)	1,05	1,00	1,05
COMPRESSE STER 10X10 S/5 12P STERIFIL (001)	2,61	1,00	2,61
SPASFON 40 MG INJECTABLE (006)	5,50	1,00	5,50

**TOTAL Autre : 9,55**

**TOTAL : 9,55**

Arrêtée la présente facture à la somme de trois cent cinquante-neuf et 55 / 100	Total général : 359,55
---	------------------------

Total encaissement : 359,55	Solde 0,00
-----------------------------	------------

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

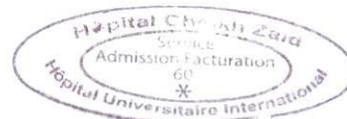


N° DE FACTURE : 2020/P/32052  
 IPP : 1493738  
 N° DOSSIER : U200004239  
 NOM & PRENOM : JIBAR SOFIA

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
 DATE ENTREE : 08/03/2020  
 DATE SORTIE : 08/03/2020  
 DATE FACTURATION : 08/03/2020

## FACTURE

	DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
<b>ACTES</b>				
	CONSULTATION GARDE (URG)	350,00	1,00	350,00
<b>TOTAL ACTES : 350,00</b>				
<b>PHARMACIE</b>				
<b>9,55</b>				



Arrêtée la présente facture à la somme de trois cent cinquante-neuf et 55 / 100

<b>TOTAL FACTURE</b>	<b>359,55</b>
<b>TOTAL ENCAISSEMENT</b>	<b>359,55</b>
<b>SOLDE</b>	<b>0,00</b>

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

Page 1 sur 2