

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

ND: 44483

## Déclaration de Maladie : N° P19-0004030

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8203 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMZI Hassan

Date de naissance :

11/09/1965

Adresse :

Tél. : 0661 872249 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/05/2020

Nom et prénom du malade : Arabch Sihem Age : 31 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Arthrose cervical

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident

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 : 0203 00787 Le : 11/05/2020

Signature de l'adhérent(e) : Amziz Hassan

### 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
23/05/2020	c + éch 10			<i>[Handwritten signatures and text]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Lamia Diouri	23/05/2020	109,58€

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

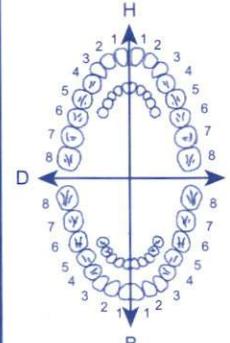
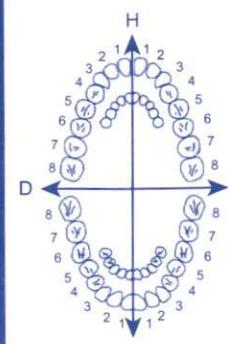
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2000209943 / H0120012926

Prénom : Siham

Nom : MRABET

DDN : 16/05/1989 E: 23/05/2020

Service : SALLE ACCOUCHEMENT (NA)



PAYANT

Sexe: F

Echographie  
urérale, au niveau de  
la cavité utérine d'une  
image hétérogène.  
Anecyg R&D.

CC: FIC en attente de  
révision.

Adresse : Boulevard Mohamed Taïeb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc  
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr/LAGZAOUI Mohamed  
Gynécologie Obstétrique

لbulية والرحم

YC  
LOT: M0284  
PER: 10/2022  
PPU: 50 , 40DH



2000209943 / H0120012926

Prénom : Siham



PAYANT

Nom : MRABET

Sexe: F

DDN : 16/05/1989 E: 23/05/2020

Service : SALLE ACCOUCHEMENT (NA)

Casablanca, le :

5040  
D u s f o r  
1 CP + 3 J's  
168,20  
A c e p c e n t r e n t h  
150 ch, ea x 2 J'



Lamia DIOURI  
Pharmacie Hay Hassani  
Pharmacie Missini BP 242 Angle Rue 12  
Rue 242 Angle Rue 12  
Cité Missini • Casablanca  
Tél. : 05 22 31 11 11

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. LAGHZAOUI Mohamed  
Gynécologue Systématique

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° **47 923 / 2020** du **23/05/2020**

Nom patient : **MRABET SIHAM**

Entrée **23/05/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **23/05/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION GYNECO - Echographie pelvienne féminine	1,00 1,00	CS	300,00 400,00 Sous-Total	300,00 400,00 700,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>700,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>SEPT CENTS DIRHAMS</b>	<b>Total</b>	<b>700,00</b>

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		700,00		700,00	0,00



683.683 (15.2:15.2 s)

2000209943 / H0120012926

Prénom : Siham



PAYANT

Nom : MRABET

Sexe: F

DDN : 16/05/1989 E: 23/05/2020

Service : SALLE ACCOUCHEMENT (NA)



726.726 (16.2:16.2 s)

B  
Mode

SRI HD  
2

1/2  
D