

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- Reclamation : 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.

**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**



## Déclaration de Maladie

N° P19-0046038

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3081

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

RAOUZ AHMED

Date de naissance :

1952

Adresse :

Tél. :

0666247012

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

3 / 1 / 2025

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Alcèbre de gèbe

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) :

ACCUEIL



# RELEVÉ 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
11/02/22			06	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	
	29/12/22	changement de prothèse				120,00 DH
	02/01/23	changement de prothèse				120,00 DH
	05/01/23	changement de prothèse				120,00 DH

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

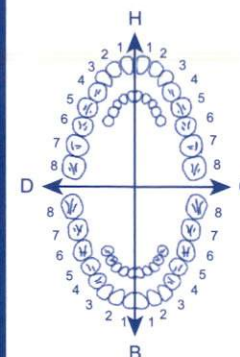
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

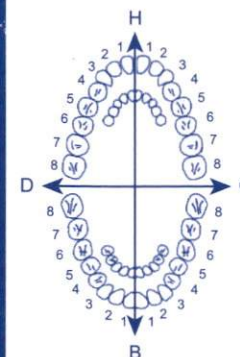
FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 172 558 / 2022 du 29/12/2022

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 29/12/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 29/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00	120,00
			Sous-Total	120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CENT VINGT DIRHAMS	Total 120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00

Hôpital Universitaire International  
 Cheikh Khalifa  
 Soins Ambulatoires

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 86 / 2023 du 02/01/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 02/01/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 02/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00	120,00
			Sous-Total	120,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>120,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CENT VINGT DIRHAMS	<b>Total 120,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00

*Hôpital Universitaire International  
Hassani  
Sous direction*



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 2 168 / 2023 du 05/01/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 05/01/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 05/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00	120,00
			Sous-Total	120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CENT VINGT DIRHAMS	Total 120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Sous-Direction des Soins Ambulatoires



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 02/01/2023

Quittance - Paiement espèces 0733381

IPP : .....

N° D'admission : 2300616736 Montant : 120

Patient : RAOU2

*Signature*

*Signature*





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 22/08/2017

Quittance - Paiement espèces

737543

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 120,00

Patient : M. Z. A. H. W.





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 05/01/2023

Quittance - Paiement espèces 0743512

IPP : .....

N° D'admission : 230061888 3 Montant : 120 D 4

Patient : Racouf Ahmed

Payé par : Lui Même

