

# 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.

M22- 0048189

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

BENNIS FARIDA

Date de naissance :

Adresse : Rés. Raoud El Azhar, Rue Ibnou Hazzem Apt B102 Maârif Extension Casablanca

Tél. :

Total des frais engagés : 800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément P.EC

Date de consultation : ..... / ..... / .....

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Pathologie : 20 SEP. 2023

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 20/09/2023

## **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

## **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 Cœfficients	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 :**

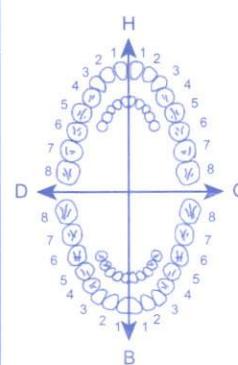
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
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

Planifie le décompte.

Sera remis dès  
obtention de la  
Cie d'assurance

## MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme KABBAY Mevl HANANE ayant droit à la couverture médicale par l'organisme dont vous assurez le conseil.

Je vous écris pour information et en vue de démarches administratives pour une prise en charge ou accord de principe.

Avec mes remerciements, veuillez croire, Cher Confrère, à mes considérations les meilleures.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

.....  
*ADK pulmonaire*  
.....

TRAITEMENT PROPOSE :

.....  
*Pet-Scan*  
.....

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

.....  
*1 mois*  
.....

Observations : Des modifications du traitement pourraient survenir en fonction des évaluations et de l'évolution de la maladie

Casablanca, le 31/08/23



**Estimation du coût de l'hospitalisation par l'assureur de Kabbaj Mohamed Hilal**

Nature de soins	Frais engagés	Coefficient	Valeur	Base de remboursement (a)	Frais remboursés par le premier assureur	Taux de remboursement (b)	Frais remboursés (c)=(a)*(b)
ACTE SPECIALISTE	8 000.00	NA	NA	8 000.00	NA	%	
<b>Totaux</b>	<b>8 000.00</b>			<b>8 000.00</b>			<b>7 200.00</b>

**Détail explicatif des soins non remboursés**

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
<b>Totaux</b>		

**Direction Indemnisation Soins de Santé**



\* 57 25555 \*

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
CASABLANCA

Réf:	Police N°	:	1000991624	N°Déclaration	:	70522851
Contractante		:	Saham Assurance	Code maladie	:	C34
Adhésion N°		:	10	Frais engagés	:	8 000.00 DHS
Assuré Primaire		:	Kabbaj Mohamed Hilal	Date de survenance	:	06/09/2023
Personne Traitée		:	Kabbaj Mohamed Hilal	Médecin Traitant	:	MEDECIN DIVERS
N° du bordereau		:	924702	Code Médecin	:	19954
N° sinistre		:	5725555	Ville (Médecin)	:	CASABLANCA
Date réception		:	06/09/2023	Spécialité	:	Divers
Date retour		:				

Objet : AccordATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

Valable pendant 1 mois à partir de la date de sa délivrance

Nous soussignés, Sanlam Maroc, sis au 216, Boulevard ZERKOUNI-Casablanca, certifions par la présente que M. ou Mme : **Kabbaj Mohamed Hilal** bénéficie de la garantie Maladie-Maternité du contrat cité en objet.

En conséquence, nous nous substituons au lieu et place de notre assuré pour régler le montant des frais occasionnés suite à son hospitalisation sans toutefois dépasser la contre-valeur en Dhs de : **7 200.00**

Notre règlement interviendra sur présentation de votre facture accompagnée de la présente prise en charge, des PPV et des prospectus relatifs aux frais pharmaceutiques, des notes d'honoraires et des résultats des examens et radios effectués, ainsi que le compte rendu d'hospitalisation.

Par ailleurs, nous vous invitons au respect de la convention qui nous lie et à collaborer avec notre médecin conseil en cas de contre visite médicale.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de nos salutations distinguées.

Direction Indemnisation Soins de Santé



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° 127454 / 2023 du 13/09/2023

Nom patient **KABBAJ MOHAMMED HILLAL** Entrée 13/09/2023

Prise en charge **AXA ASSISTANCE** Sortie 13/09/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant Adh
<b>PRESTATIONS</b>				
PET SCAN	1,00		8 000,00	800,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>800,00</b>

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS

**Total 800,00**

**Total facturé au patient**

**8 000,00**

#### *Encaissements patient*

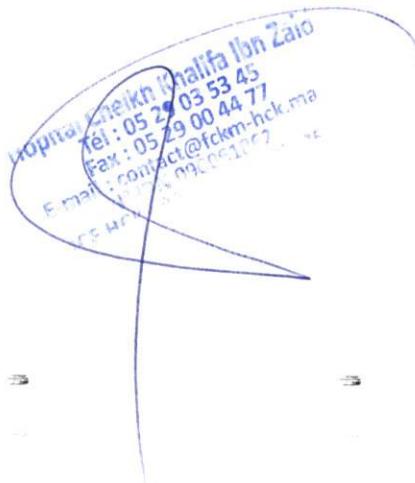
Espèces	0,00
Chèque	
Carte bancaire	800,00
Solde	0,00

**Montant pris en charge par l'organisme**

**7 200,00**

**Montant ticket modérateur à charge du patient**

**800,00**



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 127 454 / 2023 du 13/09/2023

Nom patient : **KABBAJ MOHAMMED HILLAL**

Entrée 13/09/2023

Prise en charge : **AXA ASSISTANCE**

Sortie 13/09/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PET SCAN	1,00		8 000,00 Sous-Total	8 000,00 8 000,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>8 000,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT MILLE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>8 000,00</b>
Immatriculation	N° prise en charge	Part organisme 7 200,00
Affiliation		Part patient 800,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	800,00	800,00	7 200,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@ckm.ick.ma  
N°IMP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 230913095519RA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300745273	KABBAJ MOHAMMED HILL	13/09/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0354	800,00
	Total payé	800,00

Reçu établi par : RAD WATT

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: +212 3 03 53 45  
Fax : +212 3 00 44 77  
E-mail : contact@ckm.hck.ma  
N°HCP 090061862



مركز التقدیمات

**ACHAT**

13/09/23

08:47:16

9900964892

99648901

**HOP CHEIKH KHALIFA M4**

Casablanca

A0000000031010

\*\*\*\*\*7556

Visa

CARTE LOCALE

601-0-9999-1-44

**MONTANT :**

**800,00 MAD**

Num Transaction

: 002

Num Autorisation

: 404841

STAN

: 000354