

# 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.

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

A 81292

## Déclaration de Maladie : N° S19-0051902

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6811 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraité

Nom & Prénom : ELGHANAWI IMAD HMED Date de naissance : 30/05/1959

Adresse : Salam 5, N° 112 Souffia, Casablanca

Tél. : 0619 99 75-62 Total des frais engagés : 300 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. A. JAAFARI  
Spécialiste en Anesthésie  
Réanimation

Date de consultation : 01/11/2023

Nom et prénom du malade : B. en ain Naima Age:

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : CPA

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

Le : 03/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

X

PT. MUPRAS

Spécialiste en Anesthésie

Le : 03/11/2023

R. AGOZIEM / 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
21/11/2023	C.S		30000	X

## **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
		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.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) arranged in two rows. A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis labeled H at the top and B at the bottom, and the horizontal axis labeled D on the left and G on the right. The teeth are numbered as follows: Top row: 1, 2, 1, 2; Middle row: 3, 4, 3, 4; Bottom row: 5, 6, 5, 6; Second bottom row: 7, 8, 7, 8; Third bottom row: 8, 9, 8, 9; Fourth bottom row: 7, 6, 7, 6; Fifth bottom row: 6, 5, 6, 5; Sixth bottom row: 5, 4, 5, 4; Seventh bottom row: 4, 3, 4, 3; Eighth bottom row: 3, 2, 1, 2.

#### [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



## وصفة طبية

## Ordonnance

31. 10. 23

Casablanca, le :

Bernain

~~CPA~~

FGB

+  
sein (coloscopie)

Re : 53 ans

- Diabétique depuis 10 ans  
des Glucophage d'

- Constipation depuis 10 ans  
lente

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

CASABLANCA

## **Reçu de caisse**

N° : **231101110946SA / .**

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300772056	<b>BENAIM NAIMA</b>	<b>01/11/2023</b>

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	026344 Lui-même	<b>300,00</b>
	<b>Total payé</b>	<b>300,00</b>

Reçu établi par : SAIETAW

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: +212 03 53 65 77  
Fax: +212 00 44 77  
Email: contact@hoskh.com.ma

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

Date : 01/11/2023  
Numéro : 153 926



090061862

Nom patient : BENAIM NAIMA

Médecin : PR. JAAFARI ABDELHAMID  
Anesthésie-Réanimat.

2300772056

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE	300,00
Total	300,00
<i>Arrêtée la présente à la somme de :</i> <b>TROIS CENTS DIRHAMS</b>	

A handwritten signature in blue ink is written over a circular blue stamp. The stamp contains the text "Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid" and some numbers.



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
NATIONAL CHEIKH KHALIFA  
CASABLANCA

01/11/23

10:01:40

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
CASABLANCA**

A0000000031010

Visa

Visa

450716\*\*\*\*\*4479

12/26 CARTE NATIONALE

200-0-0-44

Num Commerçant	2220064
Num TPE	08170033
Num Transaction	000005
Num Autorisation	000826
Num STAN	026344

**MONTANT : 300,00 MAD**

DEBIT  
Copie client



**DEVENEZ COMMERÇANT NAPS  
APPELEZ LE 05 22 91 74 74**