

## 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.

#### **Bééducation :**

- 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M22- 0018068

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : .....	5708	Société : .....	R.A.M.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	.....
Nom & Prénom : ADDAKOU HASSAN			
Date de naissance : .....	01/01/65	N° 93296	
Adresse : .....	00, RUE DES JARDINS, C. DES HPS		
.....	APT 27 CASA		
Tél. : .....	0661 06 62 60	Total des frais engagés : .....	300 Dhs

<p><b>Cadre réservé au Médecin</b></p> <p>Cachet du médecin :</p> 	<p>Date de consultation : <u>20/02/2024</u></p> <p>Nom et prénom du malade : <u>RADIA MELLIANI</u> Age : .....</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : .....</p> <p>Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input checked="" type="checkbox"/> ALO Pathologie : .....</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....</p> <p>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.</p>
---	---

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 : CASA

### **Signature de l'adhérent**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Jan 05/2013	3.45	Actes	3.00	
Telex 05-29-02				
Fax : 05-29-02				
E-mail : <a href="mailto:nano.penninx@chim.be">nano.penninx@chim.be</a>				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## 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 :

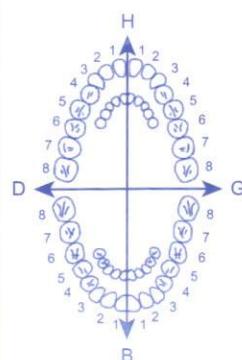
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION

## O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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'EXÉCUTION

Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Date du Devis

Date de l'Execution

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

Date : 10/01/2024



Numéro : 5 359

090061862

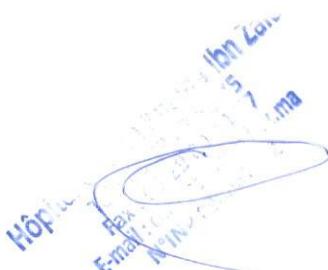
Nom patient : MELLIANI BADIA

Médecin : DR. BELABBES FATIMA  
*Hépato-gastro-entéro*

2400810514

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00
Total	300,00
<i>Arrêtée la présente à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS</i>	



**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

CASABLANCA

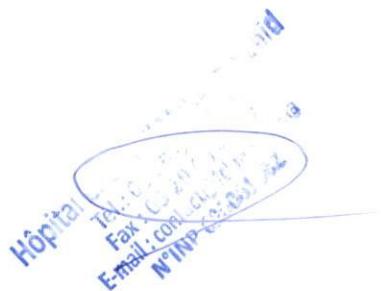
**Reçu de caisse***Méd***HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

N° : 24011014143486501 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400810514	MELLIANI BADIA	10/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	007146	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SALMAH





10/01/24 14:10:28  
9900397952  
93979501  
HOP CHEIKH KHALIFA G7  
Casablanca

A0000000031010  
APP : VISA  
ADDAKOU HASSAN/ .  
xxxxxxxxxxxxxx3423  
01/25 CARTE NATIONALE  
4D7B28CCE4274EE9  
226-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 009  
NUM AUTORISATION: 353944  
STAN : 007146

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT