

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-493452

MP = 24934  
 Optique  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11800

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAMDI HASNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0674456512

Total des frais engagés :

300

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : ACCUEIL



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
DR. J. M. L.							

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées  Nature des Soins  Coefficient	INP : <input type="text"/>																			
		COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
		MONTANTS DES SOINS																			
		DEBUT D'EXECUTION																			
		FIN D'EXECUTION																			
		<b>O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	B	H	COEFFICIENT DES TRAVAUX			
				H	G																
				25533412	21433552																
				00000000	00000000																
				D	B																
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
B	H																				
MONTANTS DES SOINS																					
DATE DU DEVIS																					
DATE DE L'EXECUTION																					
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																					
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																					

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 24 299 / 2020 du 19/02/2020

Nom patient : **HAMDI HASNA**

Entrée 19/02/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 19/02/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation d'hépato-gastro-entérolog	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

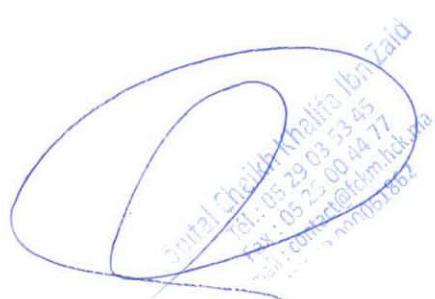
*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

**TROIS CENTS DIRHAMS**

**Total 300,00**

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	<b>300,00</b>	<b>300,00</b>	<b>0,00</b>

Ref Chq : N°9304685/BMCE BANK/



Handwritten signature of the hospital's stamp, which is a blue oval containing the text "Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid" and various contact details: Tel.: 05 29 03 53 45, Tel.: 05 22 00 44 77, Fax: 05 22 89 54, N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026.

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2002191623594960 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000186552	HAMDI HASNA	19/02/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	N°9304685/BMCE BANK HAMDI HASNA	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SANANT

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel. : 05 29 03 53 47  
Fax : 05 29 00 46 41  
E-mail : contact@chkh.knna  
NINP 090061862