

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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

Nº P19- 052685

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2593

Société :

57195

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ENNEBAM Mohammed

Date de naissance : 1954

Adresse : AL MANSOURA BERNOUSSI

CA SA

630426939

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  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 : CA SA

Le : 25/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### 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 - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/10/2021	IN SUPPLÉMENT DE PRATICIEN	65000

### 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 :

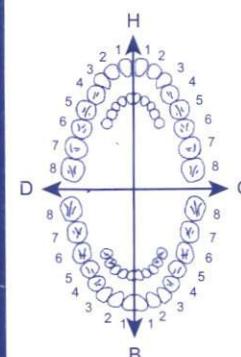
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
	D ← → G	B		MONTANTS DES SOINS
	D ← → G	B		DEBUT D'EXECUTION
	D ← → G	B		FIN D'EXECUTION
	D ← → G	B		Coefficient des Travaux
	D ← → G	B		MONTANTS DES SOINS
	D ← → G	B		DATE DU DEVIS
	D ← → G	B		DATE DE L'EXECUTION

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	



#### [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

18/11  
do 24

Casablanca, le :

ENNE D O A M

Mohs

I R M

E-mail : www.hck.mor  
Tel : (+212) 05- 00 44 66  
Séjour : 30gié  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

P atient sur po ~ AOK

de la part de l'abri

not articulaires  $\Rightarrow$  PSA

Hôpital Cheikh Khalifa  
Pr Ass. KOUHEN Fadila  
Radiothérapie

Adresse : Boulevard Mohamed Taïeb Nafî, Hay Al Hassan, BP 82403 Casa Oum Rabi Casablanca • Maroc  
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 7691 / 2021 du 25/01/2021

Nom patient	<b>ENNEDDAM MOHAMMED</b>	Entrée	25/01/2021
Prise en charge	<b>MUPRAS</b>	Sortie	25/01/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- SUPPLÉMENT DE PRODUIT DE CONTRASTE POUR IRM	1,00		650,00	650,00
<i>Sous-Total</i>				<b>650,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>650,00</b>

SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>650,00</b>
Immatriculation :	Adhérent :	Part organisme 520,00
Affiliation :	N° prise en charge :	Part patient 130,00
Cin :		

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 66  
e-mail : [www.hckz.ma](http://www.hckz.ma)

CASABLANCA

## Reçu de caisse

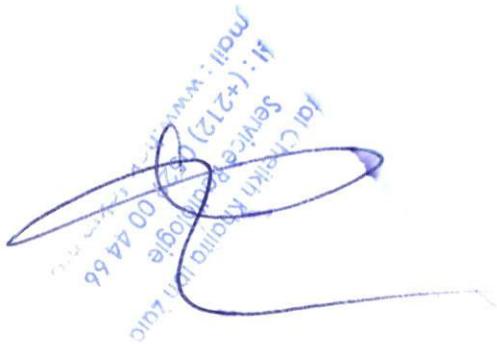
N° : 2101251322070800 / 1 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100297029	ENNEDDAM MOHAMMED	25/01/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	7201412 SG Lui-même	650,00
MUPRAS	Total payé	650,00
SIX CENT CINQUANTE DIRHMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : NALBEN



A handwritten signature "NALBEN" is written over a blue circular stamp. The stamp contains the following text:  
MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
Service d'Administration  
Date : 25/01/2021  
Montant : 650,00 Dhs