

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-605562

19160  
A

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9160		Société : 63524	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RAJI NAÏTA			
Date de naissance : 14/01/66			
Adresse : LOT NASSIRA HASSANIA APP64 OULEFA			
Tél. 0651088858		Total des frais engagés : 379,15 Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Dr. Hicham BAHIRI</b>            Réanimation - Urgence            Traitement de la Douleur            090061862         </div>		
Date de consultation :	/ /		
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Traumatisme			
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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/03/2021

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W21-605562	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	9160
Nom de l'adhérent(e) :	HAKAM
Total des frais engagés :	379 DH
Date de dépôt :	12/3/21

## **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
04/03/2011	Chirurgie	300	300	INP : Dr. Hicham BAHRI Réanimation - Urgences Paiement de la Douleur 00061862

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/03/2011	18,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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	INP : <input type="text"/>															
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>  FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000				G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	G	00000000	00000000																
	B	35533411	11433553																
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																		
<p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p>																			
<p>DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/></p>																			

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

09/03/2021



2100315613 / 160922190316SO

Prénom : Hakam

Nom : EL AREJ

DDN : 16/10/2001 E: 09/03/2021

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

PPV  
LOT  
PER

28/03

28/03  
- Sulpiride 50



1 gr 3x/5

?

16358 #  
Dr Hicham BAHIRI  
Réanimation - Urgences  
Traitement de la Douleur  
090061862

Dr. Hicham BAHIRI  
Réanimation - Urgences  
Traitement de la Douleur  
090061862

**ANNEXE PHARMACIE**

Nom patient : EL AREJ HAKAM	N° Facture	26 426	2100315613
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1	14,10	14,10
GLUCONATE DE CALCIUM 10% Injecta (50)	1	3,63	3,63
MIDAZOLAM A 5mg Injecta (10)	1	7,87	7,87
MIDAZOLAM MYLAN 5mg Injecta (10)	1	11,96	11,96
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>37,56</b>
INTRANULE G 20	1	1,82	1,82
LUNETTE A OXYGENE ADULTE	1	4,49	4,49
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	5,69	5,69
SERINGUE 10ML	1	0,84	0,84
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,55	0,55
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>13,39</b>
<b>Total pharmacie</b>			<b>50,95</b>

ITAL CHEIKH KHALIFA  
Signature facturation



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

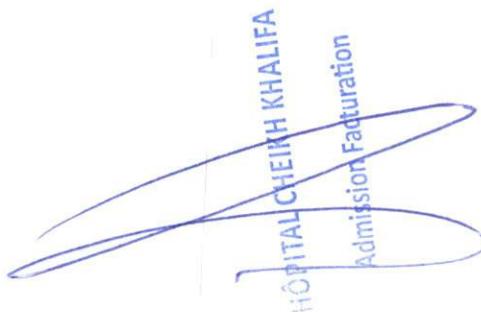
## F A C T U R E

N° : **26426 / 2021** du **09/03/2021**

Nom patient	<b>EL AREJ HAKAM</b>	Entrée	<b>09/03/2021</b>
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	<b>09/03/2021</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		<b>300,00</b>	<b>300,00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>300,00</b>
PHARMACIE	1,00		<b>50,95</b>	<b>50,95</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>350,95</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>  TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS QUATRE-VINGT-QUINZE CENTIMES	<b>Total</b>	<b>350,95</b>



HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
Admission Facturation

Date : 04/03/2011

Quittance - Paiement espèces

0550720

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : .....

Patient : ..... El Anej HAKIM

Cachet

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA  
Admission Facturation  
KHALIFA