

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## adiologie 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.

## ptique :

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.



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 050991

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 365 Société : 65696

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FIKRI Madi

Date de naissance : 02/11/88

Adresse : Rue Ain Amoudane n° 4. A/C

Tél. : ..... Total des frais engagés : 600.000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/12/2020

Nom et prénom du malade : FIKRI PATITA 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/12/2021

## **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
21/12/2020	E		Graafnt fract	<del>Docteur Hany, Abdelhakim Docteur Hany, Chirurgie Orthopédique et Traumatologique Chirurgie Rhumatismale, Chirurgie de la Main Chirurgie Khumaisiye, Chirurgie de la Main et du Poignet Maladies de la Main et du Poignet, Maladie Vertébrale Téléphone: 052 800 847 12 2 10 00 CS46 09 50 22</del>
4/12/2021	ca			

## **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
<i>Hôpital Cheikh Anta Diop Service Radiologie Tél : (+221) 329 02 11 E-mail : <a href="mailto:www.hcad.sn">www.hcad.sn</a></i>	12/01/21	OSDH	600DH

## 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 d

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D ————— G B	25533412   21433552 00000000   00000000 D ————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		Coefficient DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Hafid Abdelhakim

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Chirurgie Rhumatismale  
Chirurgie Arthroscopique (DIU Toulouse)  
Chirurgie de la Main  
Maladies et Chirurgies du Genou  
Maladies de la Colonne Vertébrale  
Traumatologie du Sport

الدكتور حافظ عبد الحكيم

جراحة العظام والمقاصل  
جراحة الروماتيزم  
الجراحة المجهريه  
جراحة اليد  
أمراض و جراحة الركبة  
أمراض العمود الفقري  
الطب الرياضي

Casablanca le : ..... 21/12/2020

Fikri Fatima

Densitométrie Osseuse

Docteur Hafid Abdelhakim  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Chirurgie Rhumatismale  
Chirurgie Arthroscopique (DIU Toulouse)  
Maladies de la Colonne Vertébrale

Spinal Cheikh Khodja  
Service Radiologie  
Tél: (022) 0529 00 44  
E-mail: docteurhafid@hotmail.com

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 2900 / 2021 du 12/01/2021

Nom patient : **BARRADI EP FIKRI FATIMA**

Entrée 12/01/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 12/01/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
OSTEODENSITOMÉTRIE	1,00		600,00 Sous-Total	600,00 600,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>600,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS

**Total 600,00**

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	600,00	600,00	0,00

Ref Chq : SG/1193823/

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+221) 0629 07 44 63  
E-mail : www.hckz.org