

# 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.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## ladie 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2593 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ENNEDDAM Mohammed

Date de naissance : 1954

Adresse : HAG AL QODS AL BETHNASSI

Tél. : 06 30 42 69 39 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/02/2022

Nom et prénom du malade : ENNEDDAM Mohammed 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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : ENNEDDAM Mohammed

Le : 02/02/2022



Authorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## 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
02/02/22	S		300 Dt	

## 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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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

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			
	$  \begin{array}{r}  25533412 \quad 21433552 \\  00000000 \quad 00000000 \\  \hline  00000000 \quad 00000000 \\  35533411 \quad 11433553  \end{array}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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'EXECUT



وصفة طبية  
Ordonnance

02/02/2022

Casablanca, le :

ENNEDDA M  
Mohamed

X Tam. 400g:

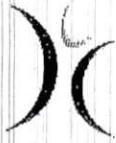
4cp 1j

p 1 t 1 m

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur agrégée KOUHEN FADLA  
Radiothérapie

091174599

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassan, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc  
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • [www.hck.ma](http://www.hck.ma)



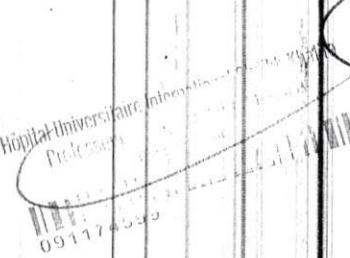
HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
Sous les ordres de l'Emirat du Qatar

Casablanca le : 02/02/

2022

Compte Rendu

Je soussigné (e)



Certifie Mr/Mme *Ennei Lé*  
*Mohamed*

est suivi à L'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de

CASABLANCA dans le cadre de la prise en charge d'un

*le patient est resté à l'hôpital sous surveillance et pris*  
*antécédents familiaux de*  
*PLT normaux*

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

Ce certificat est délivré à l'intéressé pour valoir ce que de droit.

Signature

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur agrégé KDH  
Radiologue  
091174599

PLI CONFIDENTIEL



Hôpital  
Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Code : AAEIN0400

## MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme : Emmanuel Monier ayant droit à la couverture médicale par l'organisme dont vous assurez le conseil.

Je vous écris pour information et en vue de démarches administratives pour une prise en charge ou accord de principe.

Avec mes remerciements, veuillez croire, Cher Confrère, à mes considérations les meilleures

#### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

### TRAITEMENT PROPOSE :

Arabi Group  
LCP 1, p. 161 →

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

11

Observations : Des modifications du traitement pourraient survenir en fonction des évaluations et de l'évolution de la maladie

Casablanca, le 26/02/2017

### Cachet et Signature du Médecin

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 13 528 / 2022 du 02/02/2022

Nom patient : ENNEDDAM MOHAMMED Entrée 02/02/2022

Prise en charge : PAYANTS Sortie 02/02/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
CONSULTATION ONCOLOGIE	1,00	CS	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :				
TROIS CENTS DIRHAMS			<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Encaissements	Espèces			Total encaissé	Solde
	300,00			300,00	0,00

CHIKAIBL DIBASSISTE HOSPITAL INTERNATIONAL THERAPY HABIB  
GASDHEER DIBASSISTE HOSPITAL INTERNATIONAL THERAPY HABIB  
N° INP: 090061862