

## 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.

N° W21-682584

215756

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: 11461 Société: RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre:

Nom & Prénom: KADJAJ NAWAL

Date de naissance: 26/11/1979

Adresse: Rue George SAND Résidence R/11 n°11

Tél.: 0665106783 Total des frais engagés: 1000000000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:



Date de consultation:

Nom et prénom du malade:

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: CASA

Le: 16/10/2022

Signature de l'adhérent(e): Elouan



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/05/2023	11/05/2023	1	300,00 DT	INP : 091037705
Fax : 0524 34 00 03	E-mail : <a href="mailto:nitabkhail@chck.ma">nitabkhail@chck.ma</a>			Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Pr. Rachid Redouane Urologie-Transplantation Rénale
				091037705

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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> 		<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)																
				INP : <input type="text"/>																
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																
				Montants des soins <input type="text"/>																
				Début d'exécution <input type="text"/>																
				Fin d'exécution <input type="text"/>																
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553
H		G																		
25533412	00000000	21433552	00000000																	
D		B																		
00000000	35533411	00000000	11433553																	
		Coefficient des travaux <input type="text"/>																		
		Montants des soins <input type="text"/>																		
		Date du devis <input type="text"/>																		
		Date de l'exécution <input type="text"/>																		

# وصفة طبية

# Ordonnance

Casablanca, le :

2010512522

At 0°

Mme KADJAJ NAWAL

peaks 09

180

prefer  
it

10

10

2 3

Hôpital Universitaire international Cheikh Khaïfa  
Pr RABI Begouane  
Urologie transplantation-Rénales  
091037705

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 56095 / 2022 du 10/05/2022

Nom patient	<b>KADJAJ NAWAL</b>	Entrée	10/05/2022
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	10/05/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION D'UROLOGIE	1,00		300,00	300,00
<i>Sous-Total</i>				300,00
<b>Total Clinique</b>				<b>300,00</b>

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 22 89 44 77  
E-mail : contact@ckm.hck.ma  
N°INP 090061862

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2205101137294840 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200499470	KADJAJ NAWAL	10/05/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1448	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : RAD.WAH

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
tel.: 05 29 01 33 42  
Fax : 05 29 01 33 43  
E-mail : contact@hck.ma  
N°INP 090061862