

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

### **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

### **ologie 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.

### **itaire :**

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



## **Déclaration de Maladie**

N° W21-715178

M 8679

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12811

Société :

KATI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Kamelia Keltaj

Date de naissance :

06 12 1989

Adresse :

Siège casa Anje Royal Air Maroc

Tél. :

0662765224

Total des frais engagés

910,47

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

31/08/2022

Nom et prénom du malade :

Kamelia Keltaj

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

franchise et grossesse

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

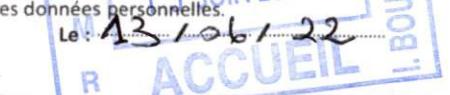
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le 13/06/22

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Hôpital Cheikh Zaid Service d'Admission Facturation Hôpital Universitaire Interne	Hôpital Cheikh Zaid Service d'Admission Facturation Hôpital Universitaire Interne	INP : 10122612149	Pt. E. FAZALI Spécialiste en Gynéco INPE : 101226121 Hôpital Cheikh Zaid

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du praticien et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

MONTANTS DES SOINS										
DEBUT D'EXECUTION										
FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552								
D	00000000	00000000								
B	35533411	11433553								
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552								
D	00000000	00000000								
B	35533411	11433553								
[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										

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

IPP : 1 132 103    N° de dossier : Quittance N° 0220007770

2:623.96€  
DI : 2 990 000

Patient : KABBAJ KAMELIA

Montant : 910,47 Dh (neuf cent dix et 47 / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE    N° du document : 0357

Date d'encaissement : 31/05/2022

Description : URG

Medecin :

Motif :



Paiement effectué à la URGENCE CAISSE

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Cachet du caissier :

N° 1959663

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International

Hôpital Cheikh Zaid

CLIENTS PAYANTS

T : 2 990 000

P : 1 132 103

220007770

ABBAJ KAMELIA

exe : F

Nais : 06/12/1989

ntrée : 31/05/2022

Age : 32ans



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

abat, le :

21/05/2022

Hôpital Cheikh Zaid

CLIENTS PAYANTS

GARDE DE 8  
CCC → 50.2 —  
C 11 SA + 5,  
 $N = 1,5$   
micrométrie stricte





## LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2022/P/65711  
 IPP : 1132103  
 N ° DOSSIER : U220007770  
 NOM & PRENOM : KABBAJ KAMELIA

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
 DATE ENTREE : 31/05/2022  
 DATE SORTIE : 31/05/2022  
 DATE FACTURATION : 31/05/2022

	DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
<b>ACTES</b>				
	CONSULTATION (EXT)	300,00	1,00	300,00
<b>TOTAL ACTES : 300,00</b>				
<b>LABORATOIRES</b>				
	TEST ANTIGÉNIQUE	190,00	1,00	190,00
<b>TOTAL LABORATOIRES : 190,00</b>				
<b>IMAGERIE MÉDICALE</b>				
	ECHO OBSTETRICALE	400,00	1,00	400,00
<b>TOTAL IMAGERIE MÉDICALE : 400,00</b>				
<b>PHARMACIE</b>				
	PHARMACIE			20,47
<b>TOTAL PHARMACIE : 20,47</b>				
<b>Honoraires Médecins</b>				
<b>FAZAZI HICHAM</b>				
	ECHO OBSTETRICALE	200,00	1,00	200,00
	CONSULTATION SPECIALISTE (EXT)	200,00	1,00	200,00
<b>TOTAL EL FAZAZI HICHAM : 400,00</b>				
<b>TOTAL Honoraires : 400,00</b>				
<b>Détail Pharmacie</b>				
<b>description article</b>				
<b>Prix u.</b>				
<b>DISPOSITIFS MEDICAUX</b>				
	BLOUSE D'ISOLATION BLEU (001)	11,25	1,00	11,25
	SURCHAUSURE N TISSE BLEU PHARCO (001)	2,39	2,00	4,78
	GANT D'EXAMEN POUDRE LATEX MEDIUM (100)	1,73	2,00	3,46
	CALOT CHIRURGIEN BLEU 62 x 14 cm (100)	0,98	1,00	0,98
<b>Sous-Total : 20,47</b>				
<b>TOTAL Pharmacie : 20,47</b>				
Arrêtée la présente facture à la somme de neuf cent dix et 47 / 100				
Total général : 910,47				
Total encaissement :	910,47	Solde		0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en M



N° DE FACTURE	: 2022/P/65711	MODALITE DE PAIEMENT	: CLIENTS PAYANTS
IPP	: 1132103	DATE ENTREE	: 31/05/2022
N ° DOSSIER	: U220007770	DATE SORTIE	: 31/05/2022
NOM & PRENOM	: KABBAJ KAMELIA	DATE FACTURATION	: 31/05/2022

## FACTURE

	DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
<b>ACTES</b>				
CONSULTATION SPECIALISTE (EXT)		300,00	1,00	300,00
	<b>TOTAL ACTES : 300,00</b>			
<b>LABORATOIRES</b>				190,00
<b>IMAGERIE MÉDICALE</b>				400,00
<b>PHARMACIE</b>				20,47



Arrêtée la présente facture à la somme de neuf cent dix et 47 / 100

<b>TOTAL FACTURE</b>	910,47
<b>TOTAL ENCAISSEMENT</b>	910,47
<b>SOLDE</b>	0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en M

Page 1 sur 2

HOPITAL CHEIKH ZAID

31/05/22 19:01:37 \*\*\*

GE

MI 0.33 Tls 0.2 4C

OB-1

B Frq 5.0 MHz  
Gn 50  
E/A 0/  
Carte CIOX  
D 10.6 cm  
DR 66  
FR 36 Hz  
AO 98 %



1 LCC 5.02 cm 11w6d

HOPITAL CHEIKH ZAID

31/05/22 19:00:50 \*\*\*

GE

MI 0.7 Tls 0.5 4C

OB-1

B Frq 5.0 MHz  
Gn 50  
E/A 0/  
Carte CIOX  
D 10.6 cm  
DR 66  
FR 36 Hz  
AO 98 %



[cm/s]

DP 2.5 MHz  
Frq 2.5 MHz  
Gn 20  
AO 90 %  
PRF 1.9 kHz  
FO 39 Hz  
Taille 4  
DR 44  
SVD 6.3 cm