

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

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° W21-629384

125683

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 2272	Société : RRM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e), Nom & Prénom : Boujemaa TALIB	<input type="checkbox"/> Autre :
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : Dr ass. Souhaïl BENSAÏD Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Hôpital Cheikh Khalifa		
Date de consultation : 09/12/2009		
Nom et prénom du malade : Dr. Sadiq Age : 40		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : fracture de la hanche		
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 : / /

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
15/01/2015 02/02/2015				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cadre de Santé auquel appartient le patient	Date	Designation de la consultation	Montant des Honoraires
Laboratoire et Clinique Médico-Testadien Dr HABIBI HASSIB	01/01/22 - Dr genera	MEDICO TESTADEN DR HABIBI HASSIB	180,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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 : []												
				Coefficient des travaux []												
				Montants des soins []												
				Début d'exécution []												
				Fin d'exécution []												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">G</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
				Coefficient des travaux []												
				Montants des soins []												
				Date du devis []												
				Date de l'exécution []												

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

15/07/2012



Dr Sylva

Ra
Dr Sylva
E-mail : www.hck.ma
Tél : (+212) 0529 00 44 66
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Service Radiologie



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 95 687 / 2022 du 01/08/2022

Nom patient : **SEDDIK MERYEM**

Entrée 01/08/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 01/08/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DU GENOU DE FACE ET DE PROF	1,00		180,00 Sous-Total	180,00 180,00
Total Frais Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS Total 180,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	180,00				180,00	0,00

E-mail : seddik.meryem@chekh-khalifa.ma
Tel : (+212) 0529 28 54 66
Service Radiologie
Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Casablanca, le 01/08/2022

PATIENT

: SEDDIK MERYEM

RX GENOU GAUCHE F+P

RESULTATS :

Matériel d'ostéosynthèse rotulien en place.

La texture osseuse est radiologiquement normale.

Absence d'anomalie évidente au niveau des parties molles du genou.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr HABI

Dr HABI
Medecin Radiologue
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Casablanca

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,
BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fckm.ma