

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7394 Société : R.A.M.  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : BAGHDAD KAIM  
 Date de naissance : 2/08/65  
 Adresse : ALMEZ VILLA 35, RD ABIDJAN PARK  
 EL OULFA  
 Tél. : 0661306662 Total des frais engagés : ... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 1/09/2022  
 Nom et prénom du malade : BAGHDAD KAIM Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : *Explante dite clavice*  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :  
 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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : 

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

## 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
13/01/22	55000			
09/09/21	30000			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Hôpital Cheikh Maktoum Service Radiologie Tél: (+212) 0529 00 44 E-mail: www.hcm.mr	12/09/22	radio de l'épaule	50000

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le : 09/09/2022

Mme Bzghdad  
Karm  
Epaulé lute 1 Seeds-  
analyse f.  
Echographie epaul  
lute.

Hôpital Cheikh Khalifa  
Service Radiologie  
Tél : +212 529 00 44 66  
E-mail : [10529004466@hck.ma](mailto:10529004466@hck.ma)

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr EL FATIMI ABDELLATIF  
Médecine physique et réadaptation  
061037077

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

Nº 116 656 / 2022 du 12/09/2022

Nom patient : **BAGDAD KARIM**

Entrée 12/09/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 12/09/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE	1,00		500,00 Sous-Total	500,00 500,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>500,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

**Total 500,00**

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	500,00	500,00	0,00

Ref Chq : 2332551/BMCI/

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 44 66  
E-mail : [www.hck-fckm.rn.dz](http://www.hck-fckm.rn.dz)

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

CASABLANCA

**Reçu de caisse**

N° : 220912154712BR / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200559849	BAGDAD KARIM	12/09/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	2332551/BMCI Lui-même	500,00
<b>Total payé</b>		<b>500,00</b>

Reçu établi par :BRIDÉH

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 529 00 529 00  
E-mail : [www.hck-fm.ma](http://www.hck-fm.ma)

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

N° 117 151 / 2022 du 13/09/2022

Nom patient : **BAGDAD KARIM**

Entrée 13/09/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 13/09/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
<b>CONSULTATION DE MEDECINE PHYSIQUE</b>	<b>1,00</b>		<b>300,00</b>	<b>300,00</b>
			<b>Sous-Total</b>	<b>300,00</b>
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENTS DIRHAMS

Total

300.00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

## Encaissements

Teta

Solde

www.reed.edu/cti  
1111 University Avenue  
Madison, WI 53706  
(608) 262-0900 ext. 1862