

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Déclaration de Maladie**

N° P19- 0046041

10042

IA

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3081

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAOUE AHMED

Date de naissance : 1952

Adresse :

Tél. 0666247016

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30

Nom et prénom du malade : RAOUE AHMED

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Age: .....  
Enfant

Nature de la maladie : Névrose dentale

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

Le : 30/10/2012

Signature de l'adhérent(e) : TAD

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## EXECUTION DES ORDONNANCES\*

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Dr. S. A. International Chirurgie Maxillo-faciale Soins Réparatoires	30/01/23	champ	eu eut	fract		120,00 DH
	07/02/23	champ	eu eut	fract		120,00 DH
	06/02/23	champ	eu eut	fract		120,00 DH

#### **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 l'ODF.

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														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553		35533411		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	11433553													
	35533411														
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS												
D			DATE DU DEVIS												
B			DATE DE L'EXECUTION												

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

Frise PR BEI MIR  
Chirurgie der Endothorakal-  
Vasculitis (EV) - 16843  
HNPPE: 03 16843  
e: 30M 2024  
Dr. med. R. H. Vascular  
Dermatologe

Persentasi B  
dari Nicelle ditulai  
di pustak

**HICHAM**  
MIR  
S. 100-1000  
Vasculaire  
Novasculaire  
061168431

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 16 198 / 2023 du 02/02/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED** Entrée 02/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS** Sortie 02/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>120,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :			
CENT VINGT DIRHAMS		<b>Total</b>	<b>120,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00

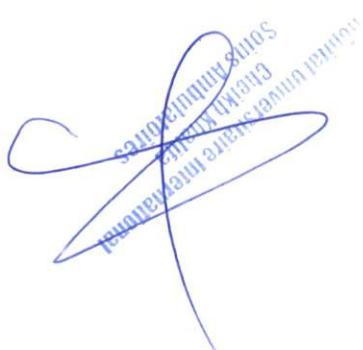
Signature : *[Signature]*  
Sous Résponsabilité : *[Signature]*  
Mohamed Cheikh Khalifa Ibn Zaid

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID****F A C T U R E**N° **17 755 / 2023** du **06/02/2023**Nom patient : **RAOUZ AHMED** Entrée **06/02/2023**Prise en charge : **PAYANTS** Sortie **06/02/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>120,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>  CENT VINGT DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>120,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	<b>120,00</b>				<b>120,00</b>	<b>0,00</b>



A large blue 'X' is drawn across the page. Overlaid on the 'X' is handwritten text in blue ink, which appears to be a signature or a stamp. The text includes the words "Signature", "Enveloppe", "Sous Résultat", "Etat de", and "Imprimé".

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 14 115 / 2023 du 30/01/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED** Entrée 30/01/2023  
Prise en charge : **PAYANTS** Sortie 30/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>120,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
CENT VINGT DIRHAMS		
	<b>Total</b>	<b>120,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00

A handwritten signature is written over a blue rectangular stamp. The stamp contains the text "HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID" at the top and "SOINS HUMANITAIRES" below it, repeated twice.

Date : 30/01/2023

Quittance - Paiement espèces 074472

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 120,00

Patient : ..... 220VZ 120,00

Payé par : .....



Date : 06/02/2023

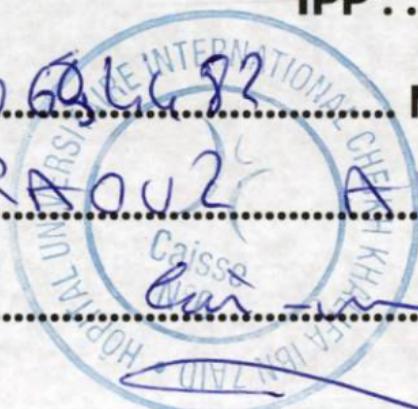
Quittance - Paiement espèces 0751387

IPP : .....

N° D'admission : 23 00 6966 83 Montant : 120 Dh

Patient : .....

Payé par : .....



Cachet



Date : 02/02/2013

Quittance - Paiement espèces 0751021

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 1200

Patient : ..... AHM760

Payé par : .....



Cachet