

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

- 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.

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° M21- 0055571

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/08/23 | | CC | | Hôpital Universitaire International de Khoulata Pr. agrégé BELMIB HICHAM Chirurgie vasculaire et endovasculaire 061168431 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

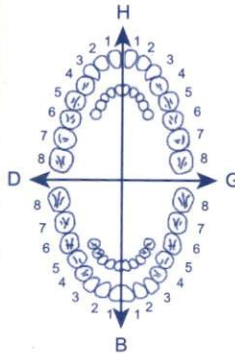
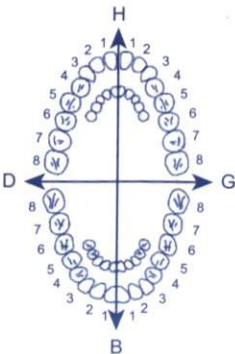
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | 09/08/23 | changé | ent | ent | ent | 120,00DH |
| | 13/02/23 | changé | ent | ent | ent | 120,00DH |
| | 16/02/23 | changé | ent | ent | ent | 120,00DH |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 16/02/23

RAOUZ Ahmed

Svp:

Changement de
pansement 1 j/2

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr agrégé, BELMIR RICHAM
Chirurgie vasculaire et endovasculaire
16 02 23



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 09/02/2023

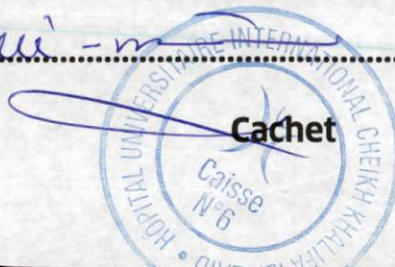
Quittance - Paiement espèces 0750657

IPP :

N° D'admission : 23 0063 6588 Montant : 120 DM

Patient : RAOUZ AHMED

Payé par : Lui - m



Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 13/02/2023

Quittance - Paiement espèces 0749187

IPP :

N° D'admission : 2300638029 Montant : 120 000

Patient : RAOUZ AHMED

Payé par : KARIM RACHIDA

Cachet





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 16/02/2023

Quittance - Paiement espèces 0755230

IPP :

N° D'admission : 2300640429 Montant : 120 000

Patient : RAOUZ AHMED

Payé par : Clea



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 19 823 / 2023 du 09/02/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 09/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 09/02/2023

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

| | | |
|---|-------|--------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | Total | 120,00 |
| CENT VINGT DIRHAMS | | |

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

Signature

Hopital Universitaire
Cheikh Khalifa
Sous-Administrateur International

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 21 284 / 2023 du 13/02/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 13/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 13/02/2023

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

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DIRHAMS

Total 120,00

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

*Hopital Universitaire Interhospital
Cheikh Khalifa
Sous Ambulatoires*

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 23 663 / 2023 du 16/02/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED** Entrée 16/02/2023
Prise en charge : **PAYANTS** Sortie 16/02/2023

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

| | |
|---|--------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DIRHAMS | Total 120,00 |
| | |

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

Signature
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Ambulatoire