

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : 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.

N° W21-679824

ASS81

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Matricule : 10648

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAHECHI Housh

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 061412620

Total des frais engagés : 300 Dc +

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Pr ABDELHAMID NAITLIO  
Professeur de Médecine interne  
Hôpital CHEIKH KHALIFA  
INPE : 101107068

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : / Age: /

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie / Système Génito-Urinaire - Mâle / IN

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 : 10/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
23/11/11			300.000	INP : <input type="text"/> Pr ABDELHAMID NAIT KHALIFA Professeur de Médecine Interne Hôpital CHEIKH KHALIFA INPE : 101107068
Tél : 05 29 03 53 45 Fax : 05 29 03 53 45 E-mail : contact@cheikh-khalifa.tn				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pr ABDELHAMID NAIT KHALIFA  
INPE : 101107068

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

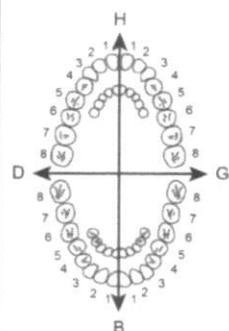
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

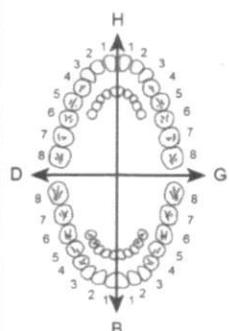
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	35533411
B	11433553	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECLE  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 154.702 / 2022 du 23/11/2022

Nom patient : SAADAOUI BAHSSOUN HOUDA

Entrée 23/11/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 23/11/2022

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

Arrêtée la présente facture à la somme de :			
TROIS CENTS DIRHAMS			
		<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Za  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 22 89 28 54 N° INP 090061862  
E-mail: contact@ckm.hk.m  
N°ICE 001740003000026

**BILLET D'ADMISSION**

N° admission	 2200597525
Nom patient	<b>SAADAoui BAHSSOUN HOUDA</b>
Médecin	<b>PR. NAITLHO ABDELHAM</b>
Motif	<b>CONSULTATION DE MEDE</b>
Encaissement	0,00

*Visa accueil*

SOF. OUB 13:08

E-mail : INP090061862  
Fax : 05 29 00 44 77  
Tél : 05 29 03 53 45  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Date : 23/11/2022

Quittance - Paiement espèces **0726343**

IPP : .....

N° D'admission : 2200597525 Montant : 300 DA  
Patient : Saadoune Bahagoom boudou

Cachet

