

# 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.

**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

M22- 0048772

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09452 Société : RAN  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZAHIDY Boudid  
 Date de naissance : 11.02.1968  
 Adresse : 143 Bd Omar Riffi Esc 5 APT 20 Casablanca  
 Tél. : 0626301902 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BELABES Fatima Gastro-Entérologie  
 Date de consultation : 03/06/23  
 Nom et prénom du malade : HARBIA CLAUDE TIANJOLA  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : CPA  
 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 : Casablanca Le : 03/06/23  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0048772

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....  
 Nom de l'adhérent(e) : .....  
 Total des frais engagés : .....  
 Date de dépôt : .....



# 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
15/06/23		CG	300,00	

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# VOLET ADHERENT

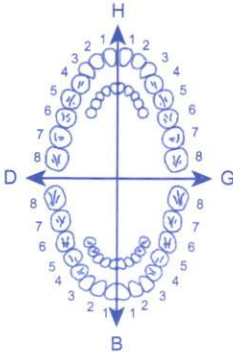
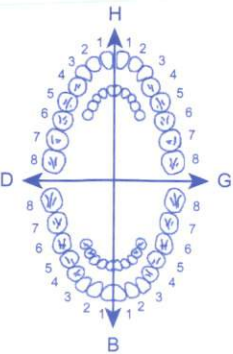
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
			

**O.D.F. PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

**COEFFICIENT DES TRAVAUX**

**MONTANTS DES SOINS**

**DEBUT D'EXECUTION**

**FIN D'EXECUTION**

**COEFFICIENT DES TRAVAUX**

**MONTANTS DES SOINS**

**DATE DU DEVIS**

**DATE DE L'EXECUTION**

**COEFFICIENT DES TRAVAUX**

**MONTANTS DES SOINS**

**DATE DU DEVIS**

**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 :

26-01  
Hakid Allaoui  
Pr. Assistant International Cheikh Khalifa  
GASTRO-ENTEROLOGIE

C.P.A /  
Cob / Foc

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Assistant BELABES FATIMA  
GASTRO-ENTEROLOGIE  
001261650



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 230614121725SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300701654	HABIBALLAH MAHJOUBA	14/06/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	19664 Lui-même	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : *SAITAI*

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@hckm.hck.ma  
N°INP 090061162



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 84 066 / 2023 du 14/06/2023

Nom patient : **HABIBALLAH MAHJOUBA**

Entrée 14/06/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 14/06/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		300,00	300,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tél : 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 00 64 77  
 E-mail : contact@fckm.ck.ma





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOCIÉTÉ D'INFORMATION DE RECHERCHE

14/06/23

11:13:40

HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
CASABLANCA

A0000000041010

MasterCard

ZAHIDY BOUABID /

524252\*\*\*\*\*0926

09/24 CARTE PREMIUM

226-0-0000-1-55

Num Commerçant : 2220064

Num TPE : 08170033

Num Transaction : 000007

Num Autorisation : 384813

Num STAN : 019664

**MONTANT : 300,00 MAD**

DEBIT

Copie client

**DEVENEZ COMMERÇANT NAPS**

**APPELEZ LE 05 22 91 74 74**