

# 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.

M23-0022534

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *M011*

Société : *RAM*

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : *REHETTA MOURAD*

Date de naissance : *21/09/1975*

Adresse : *Quartier Allal Ben Abdellah - Casablanca*

Tél. : *05 22 20 45 45*

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 : *coloscopie*

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) : .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

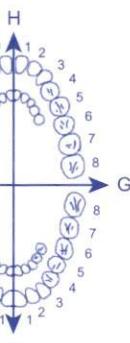
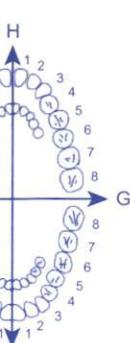
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		
		$  \begin{array}{c c}  H & 25533412 & 21433552 \\  \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & \hline  & 00000000 & 00000000 \\  & 35533411 & 11433553 \\  \hline  B & & G  \end{array}  $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
		Coefficient des travaux		
		Montants des soins		
		Date du devis		
		Date de l'exécution		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

Mr Boujemaa NAWAL

⇒ Food + Coloscopie

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. Nabil BENJELLOUN  
Hépato-Gastro - Entérologue  
Proctologie Médico - Chirurgicale  
INPE:111118402

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

**CASABLANCA**

## **Reçu de caisse**

N° : 240108141812HA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400808885	BOUFETAS NAOUAL	08/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	30045	300,00
	<b>Total payé</b>	<b>300,00</b>

Reçu établi par : HAN.ZIT

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : **3705 / 2024** du **08/01/2024**

Nom patient	<b>BOUFETAS NAOUAL</b>	Entrée	<b>08/01/2024</b>
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	<b>08/01/2024</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

<b>CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE</b>	1,00		<b>300,00</b>	<b>300,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>300,00</b>

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026  
E-mail: [info@hckz.ma](mailto:info@hckz.ma) [www.hckz.ma](http://www.hckz.ma)



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
RÉGION CASABLANCA  
RECHERCHE

08/01/24

14:15:38

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
CASABLANCA**

A0000000041010

MAESTERCARD

NAOUAL BOUFETAS.MLLE

529927\*\*\*\*\*9698

03/24 CARTE NATIONALE

201-0-0000-1-55

Num Commerçant	2220064
Num TPE	08170033
Num Transaction	000011
Num Autorisation	199860
Num STAN	030045

**MONTANT : 300,00 MAD**

DEBIT  
Copie client

**DEVENEZ COMMERÇANT NAPS**

**APPELEZ LE 05 22 91 74 74**