

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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'Indépendance - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-587039

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 50 23

Matricule : ..... Société : .....

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : SOUAL Abdelillah

Date de naissance : 08/04/1967

Adresse : Villa 461 GREENTOWN LA VILLE VERTE  
BOUSKOURA CASABLANCA

Tél. : 0661487489 Total des frais engagés : 3450,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : EL MEZIANI LARICA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins dentaires

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 : 25/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

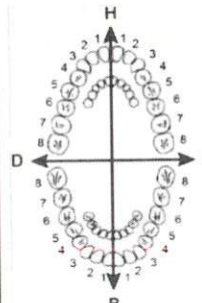


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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	INP : <input type="text"/>															
		Detartrage D21		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="084"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="3450,00"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="22/10/2020"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text" value="13/11/2020"/>															
		Surfaçage au laser	D20																
		Surfaçage au laser	D40																
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																			
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS	<input type="text"/>														

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 112 121 / 2020 du 13/11/2020

Nom patient : EL MEZIANI LAILA

Entrée 13/11/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 13/11/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Surfaçage au laser	1,00		1 000,00	1 000,00
- Surfaçage au laser	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	2 000,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>2 000,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
DEUX MILLE DIRHAMS	<b>Total 2 000,00</b>

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	2 000,00	2 000,00	0,00

Hopital U.S. Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Centre Dentaire  
N° 112 121 / 2020

## Reçu de caisse

N°: 201113112150BA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000272108	EL MEZIANI LAILA	13/11/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0508 Lui-même	2 000,00
	Total payé	2 000,00

Reçu établi par :BAS LAZ

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Centre Dentaire  
N° INP : 090061212

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2011051554458370 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000269449	EL MEZIANI LAILA	05/11/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0418 Lui-même	1 000,00
PAYANT	Total payé	1 000,00
MILLE DIRHAMS		

Reçu établi par : BAS.LAZ

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Centre Dentaire  
Tél : 090061862



# F A C T U R E

Sortie 05/11/2020

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			1 000,00		1 000,00	0,00

World University International Child Welfare  
is Dedicated  
090061862

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 104 355 / 2020 du 22/10/2020

Nom patient : **EL MEZIANI LAILA**

Entrée 22/10/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 22/10/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
DETARTRAGE COMPLET SUS ET SOUS GINGIVAL	1,00		450,00	450,00
			Sous-Total	450,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>450,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS	<b>Total 450,00</b>

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			450,00		450,00	0,00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Centre Dentaire  
N° INP : 090061862

## Reçu de caisse

N° : 201022144047BA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000264276	EL MEZIANI LAILA	22/10/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0254 Lui-même	450,00
	Total payé	450,00

Reçu établi par : BASLAZ

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Centre d'urgence  
N° INP : 090061832





مركز النقدية

13/11/20

11:18:39

9900397770

93977701

HOP CHEIKH KHALIFA G3

Casablanca

A00000000041010

APP : MASTERCARD

LAILA/EL MEZIANI.MME

xxxxxxxxxxxxx2926

10/28 CARTE NATIONALE

0BF8D2974B255185

220-0-9999-1-55

MONTANT: 2000,00 MAD

NUM TRANSACTION : 007

NUM AUTORISATION: 498608

STAN : 000508

DEBIT

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT



مركز النقديات

05/11/20 15:48:45

9900397770

93977701

HOP CHEIKH KHALIFA G3

Casablanca

A00000000041010

APP : MASTERCARD

LAILA/EL MEZIANI.MME

xxxxxxxxxxxxx2926

10/28 CARTE NATIONALE

F9FC05808F5E1589

220-0-9999-1-55

MONTANT: 1000,00 MAD

NUM TRANSACTION : 007

NUM AUTORISATION: 681245

STAN : 000418

DEBIT

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT