

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-445931

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0433 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : Mme Guessous Naima Reï Joté  
 Date de naissance : 3 3 44  
 Adresse : 13 Rue Salla Haya Hay Salam  
 Tél. : 0663 026 027 Total des frais engagés : 300,00 DH + 300,00 DH 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) :

*(Handwritten signature)*

### 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
27/08/19	CS		300,00	
			#300,00#	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

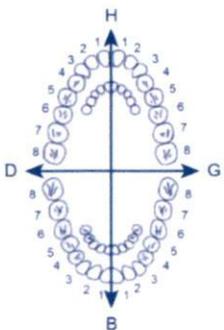
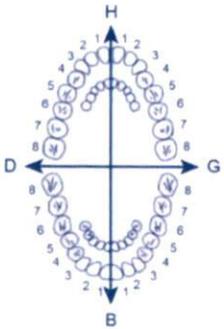
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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

					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																				
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>																				
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>																				
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>																				
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
H		G																								
25533412	21433552	00000000	00000000																							
00000000	00000000	00000000	00000000																							
35533411	11433553																									
B																										
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>																				
					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																							

Casablanca, le mardi 27 août 2019

### Ordonnance médicale

**PATIENT :**

M<sup>me</sup> Jati. Naïma

Ag. 74 ans. Opaire pour occlusion  
colique il y a 1u et 1/2.  
-> Alternance diarrhée - constipation  
-> colopathie.

Cachet et signature :  
Pr.assistant NADI Anass

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

**F A C T U R E**

N° : 104432 / 2019 du 27/08/2019

Nom patient	JOTI EP GUESSOUS NAIMA	Entrée	27/08/2019
	PAYANTS	Sortie	27/08/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation pré-anesthésique	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
<b>Total Clinique</b>				<b>300,00</b>

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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 29 00 44 77  
 E-mail: contact@fckm.hck.ma  
 N° INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

**F A C T U R E**

N° 104 375 / 2019 du 27/08/2019

Nom patient : **JOTI EP GUESSOUS NAIMA**

Entrée 27/08/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 27/08/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation d'hépatogastro-entérolog	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

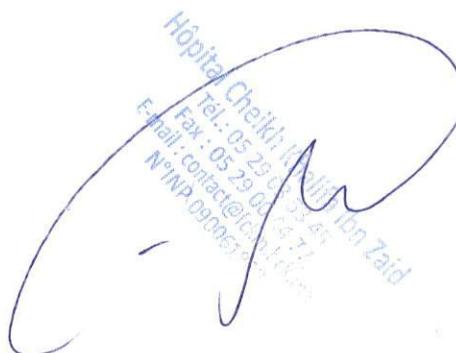
TROIS CENTS DIRHAMS

**Total**

**300,00**

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel.: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 29 03 54 71  
 E-mail: contact@chkh.gov.qa  
 N°INP 090061862





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS      FORMATION      RECHERCHE

Date : 27/08/2019

Quittance - Paiement espèces

0401078

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 300,00 .....

Patient : JOTI E.P. GUESSOUS NAÏMA .....

