

## 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

N° W19-530411

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e) 811352		
Matricule 3331	Société	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : DAKIR		
Date de naissance : 05/06/1966		
Adresse : 12 N° 151 BLAD CHAMA - AL SALA		
Tél. : 0661394720	Total des frais engagés 530,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">09 MARS. 2020</span>	
Date de consultation :	06/03/2020
Nom et prénom du malade :	M. Daib
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	F. du Dr. daib
Conjoint <input type="checkbox"/>	
Enfant <input type="checkbox"/>	
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/03/2020

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
E-mail : <a href="mailto:info@radiologe-10212.com">info@radiologe-10212.com</a> Téléphone : 0529 00 44 64 SERVIE DE RADILOGIE Hôpital Cheikh Khalifa à DAKAR 10212 Dakar, Sénégal	06/03/2020	Roxane Pied	2300000000

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
	<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>INP :</b> <input type="text"/>														
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/> <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b> 																		
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000 00000000		35533411 11433553		B	G
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000 00000000																		
35533411 11433553																		
B	G																	
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																		

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

26/03/2020

- mr Dakir Abdellatif

Rx du l'avant pied  
dh 25,8

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 44 66  
E-mail : [www.hck-ifcm.ma](http://www.hck-ifcm.ma)

DAKIR Abdellatif  
n° 3331  
Contrôleur Avion  
GSM 0661384420

CASA le 09/03/2020

A Monsieur le Directeur MUPRAS

Monsieur,

Par la présente je déclare sur  
l'honneur que le 09/02/2020 j'ai  
heurté le pieds d'une table à mon  
domicile en fracturant une fracture  
du 4<sup>me</sup> os de l'œil du pieds droit.

Neuillez faire Monsieur à mes sentiments  
les plus respectueux.



Signature :  
Abdellatif Dakir

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

**F A C T U R E**

N° **32 227 / 2020** du **06/03/2020**

Nom patient : **DAKIR ABDELMAJID**

Entrée **06/03/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **06/03/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
- Radiographie du pied sous une incidenc	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographiq	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	230,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>230,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

DEUX CENT TRENTÉ DIRHAMS

**Total 230,00**

Encaissements	Espèces	Total encaissé	Solde
	<b>230,00</b>	<b>230,00</b>	<b>0,00</b>

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 44 66  
E-mail : www.hckfckm.mc

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° **32.186** / 2020 du **06/03/2020**

Nom patient : **DAKIR ABDELMAJID**

Entrée **06/03/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **06/03/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
- Consultation de traumatologie	1,00		300,00	300,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>300,00</b>
<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
	<b>300,00</b>				<b>300,00</b>	<b>0,00</b>

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 09 44 77  
mail : contact@fckm.hck.ma  
N°INP 090031862

Date : 06/03/2020

Quittance - Paiement espèces

0464144

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 3000 Dh

Patient : ..... DIAKIA ABDELHAMEED

Cachet