

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-475244

31532

NR

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

6275

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

JAKIR ZAKI

Date de naissance :

1959

Adresse :

Tél. :

809,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Prof. Redouane RABH  
Urologie - Transplantation rénale

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : JAKIR MOHAMED 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/10/2010

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/06/2020	509,60

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
01/06/2009 Hôpital Charles M'hamed Tél.: 02 22 93 53 42 Fax: 05 22 00 44 66 E-mail: contact@hcm.tn Tél. 097 22 00 44 66	CS			300,00	00	Hôpital Charles M'hamed Université Internationale Cheikh El Zayd El Djem, Tunisie	

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>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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 colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	G		35533411	11433553	B	
					H																			
					25533412	21433552																		
					00000000	00000000																		
					D																			
00000000	00000000																							
G																								
35533411	11433553																							
B																								
COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
MONTANTS DES SOINS																								
DATE DU DEVIS																								
DATE DE L'EXECUTION																								
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																								
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																								



## ORDONNANCE

Nom et prénom : MR . JAKIR MOHAMED

Médecin : PR. RABII Redouane

$170,00 \times 2 = 340,00$

• OFIKEN

1cp x 2/j pendant 14 jours 'S.V'

$22,00 \times 2 = 44,00$

• Cedol

1cp x 3/j pendant 7 jours 'S.V'

47,80

• Dazen

'S.V'

2cp x 3/j pendant 7 jours

52,80

• Oedes 20 mg

1 cp /j pendant 14 jours 'S.V'

25,00

• Coccydine pommade

2 App / j pendant 7 jours 'S.V'

509,60

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
 Pr. RABII Redouane  
 Urologie-Transsultation renale  
 06-10-2020

on créée par le Dahir n° 1-07-103 du 8 rejet 24 Juillet 2007 portant promulgation de la loi n° 2-12-07

L'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa est un établissement hospitalier de la Fondation Cheikh Khalifa ibn Zaid

LOT 191339  
 EXP 04/2022  
 PPV 52.80DH

LOT: 190024  
 PER: 22-22  
 PPV: 25,00DH

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : **49928 / 2020** du **01/06/2020**

Nom patient	<b>JAKIR MOHAMED</b>	Entrée	<b>01/06/2020</b>
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	Sortie	<b>01/06/2020</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>CONSULTATION CPA</b>	<b>1,00</b>		<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>
<i>Immatriculation : 0006235</i> <i>Adhérent : JAKIR MOHAMED</i> <i>Affiliation : N° prise en charge : 20201340004096</i> <i>Cin : E62673</i>		

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel.: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@ckm-hk.men  
N° INP: 091 518