

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR GAGNER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01818 Société : RAM (46433)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAJIM

Abdeslam

Date de naissance : 17/12/1952

Adresse :

Tél. : 06 29 79 28 21

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. EL FATHIMA

Maîtrise en Rhumatologie

Injection d'oxine botulinique

Neuro-orthopédique

INDE 09/02/2022

Date de consultation : 08/09/2022

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rétinite

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.

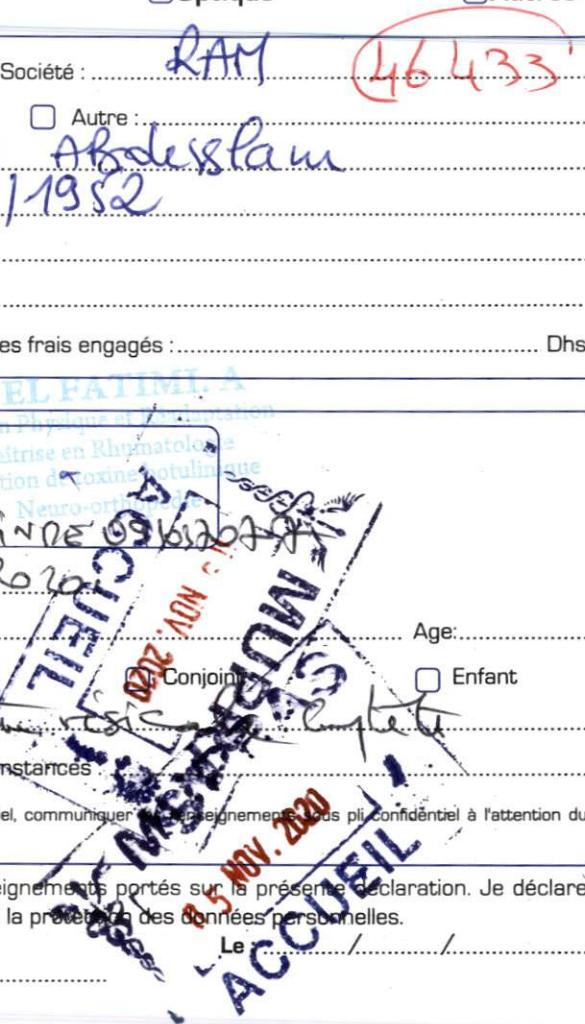
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le 08/09/2022

Le : 08/09/2022

Signature de l'adhérent(e) : Naïm



## RELEVE 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   |
|-----------------|---------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/03/2020      | Sondage<br>Vésicale | 1                     | 800,00 DZA                      | <br>Dr. Cheikh Khouly<br>Maitrise en Rhumatologie<br>Injection de toxine botulique<br>Neuro-orthopédie |

## 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 Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | Coefficient des travaux |
|                 |                |                  |             | Montants des soins      |
|                 |                |                  |             | Début d'exécution       |
|                 |                |                  |             | Fin d'exécution         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | —        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

**[Création, remont, adjonction]**  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 08/09/2020.

Najih Abdessalam.

faire un sondage à l'encre.

Pr. EL FATIMI. A  
Médecin Physique et Réadaptation  
Maitrise en Rhumatologie  
Injection de toxine botulinique  
Neuro-orthopédie

## Reçu de caisse

N° : 2009081621397140 / 2 / 0

| Numéro admission | Nom du patient  | Date encaissement |
|------------------|-----------------|-------------------|
| 2000247198       | NAJIH ABDESELAM | 08/09/2020        |

| Mode paiement      | Références du paiement | Montant Dhs |
|--------------------|------------------------|-------------|
| CarteB             | 9163                   | 800,00      |
| PAYANT             | Total payé             | 800,00      |
| HUIT CENTS DIRHAMS |                        |             |

Reçu établi par : FATAAT

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél. : 0529 03 33 45  
Fax : 0529 00 14 77  
E-mail : contact@ckm.hck.mr

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

CASABLANCA

**BILLET DE SORTIE**

|  |                             |              |
|--|-----------------------------|--------------|
| <b>Nom du patient : NAJIH ABDESELAM</b>                                  |                             |              |
| Chambre : <b>NA</b>  |                             |              |
| Médecin traitant   | <b>EL FATIMI ABDELLATIF</b> |              |
| Prise en charge  | <b>PAYANT</b>               |              |
| Date entrée  | <b>08/09/2020</b>           |              |
| Date sortie  | <b>08/09/2020</b>           | <b>17:20</b> |
| Le caissier  | L'infirmier                 | Le major     |
| <i>Billet de sortie établi par : JAW BAD</i> 14/09/2020 11:41 2000247198 |                             |              |

El Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Phone: 05 29 00 34 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
E-mail: contact@fckm.hck.ma  
N°M: 0000051202

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 87 015 / 2020 du 08/09/2020

Nom patient : **NAJIH ABDESELAM**

Entrée 08/09/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 08/09/2020

|                             | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire        | Montant          |
|-----------------------------|--------|------------|----------------------|------------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i> |        |            |                      |                  |
| - Sondage vésical           | 1,00   |            | 800,00<br>Sous-Total | 800,00<br>800,00 |
| <b>Total Frais Clinique</b> |        |            |                      | <b>800,00</b>    |

|  |              |               |
|--|--------------|---------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i><br><br>HUIT CENTS DIRHAMS | <b>Total</b> | <b>800,00</b> |
|  |              |               |

| Encaissements |  | Carte Bq | Total encaissé | Solde |
|---------------|--|----------|----------------|-------|
|               |  | 800,00   | 800,00         | 0,00  |

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
E-mail: contact@fckm.hck.ma  
N°INP: 090051862