

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## 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.

## Education :

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.

## Prothétique :

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 : 365

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FIKRI 17 ec

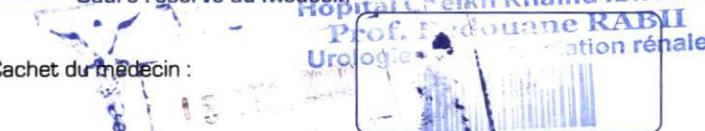
Date de naissance : 21/11/38

Adresse : Rue Allal Ben Abdellah n°4 cas

Tél. :

Total des frais engagés : 700,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/11/08

Nom et prénom du malade : FIKRI MOHAMMED

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) :

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

## 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
14/10/2012			+ 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
	14/10/2012		+ 400,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

### Important :

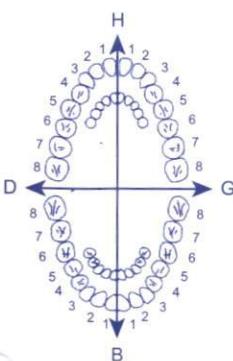
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

## وصفة طبية Ordonnance

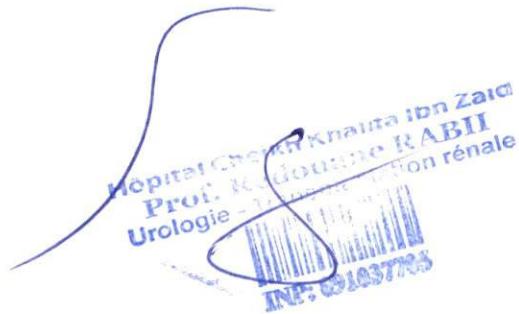
Casablanca, le :

١٤/١٠/٢٠٢٠

n° ٦٩٦٣ م رقم

ABR

→ *échographie abdominale  
et vénico-prostataque*



CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 201014141210IL / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000260899	FIKRI MOHAMMED	14/10/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0817	400,00
	Total payé	400,00

Reçu établi par : ALHFIR

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: 051 00 63 45  
Fax: 02 29 07 14 77  
E-mail: contact@hkz.m.hk.m.ma  
N°INR: 090061262

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 100973 / 2020 du 14/10/2020

Nom patient	FIKRI MOHAMMED	Entrée	14/10/2020
	PAYANTS	Sortie	14/10/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Echographie abdominale	1,00		400,00	400,00
<b>Total Clinique</b>				<b>400,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :			
QUATRE CENTS DIRHAMS		<b>Total</b>	<b>400,00</b>

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 090061862

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 100949 / 2020 du 14/10/2020

Nom patient	FIKRI MOHAMMED	Entrée	14/10/2020
	PAYANTS	Sortie	14/10/2020

Designation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation d'urologie	1,00		300,00	300,00
<b>Total Clinique</b>				<b>300,00</b>

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 03 24 7  
E-mail : contact@hcik.ma  
N°INP 090061862

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 20101414102506900 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000260869	FIKRI MOHAMMED	14/10/2020
Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0817	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
		TROIS CENTS DIRHAMS

Reçu établi par : ILH.RIR

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 805  
Fax : 05 29 03 4277  
E-mail : contact@hck.ma  
N°INP: 000001862