

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1728

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHIAOU F. Lahcen

Date de naissance : 30/06/51

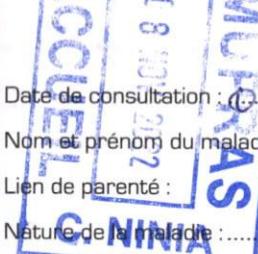
Adresse : Beni Hama - Nador - Maroc

Tél. : 06.61.29.42.55

Total des frais engagés : 677,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/11/2011

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age : 71

Enfant

Nature de la maladie :

Des

Pathologiques

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : Colopathie

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

Le : 08/11/2011

Signature de l'adhérent[e] :



## 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
05/11/2018	22 c/s		300,00	
07/11/2018	22 c/s	0	0	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/11/22	218,40
	07/11/22	112,80
	27/11/22	34,10 (acht liben)

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth. The teeth are labeled with numbers 1 through 8 on both the upper and lower arches. A vertical line labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom represents the midline. A horizontal line labeled 'D' on the left and 'C' on the right represents the transverse axis. The teeth are arranged in a curve, with the upper arch being more convex and the lower arch more concave.

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

Date : 05/11/2022



Numéro : 145 621

090061862

**Nom patient : CHAOUF LAHCEN**

Médecin : PR. DELSA HANANE  
Hépato-gastro-entéro

2200588561

**PAYANTS**

**Montant**

**CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE**

**300,00**

HPH Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 03 44 72  
mail : contact@ckm.ho.ma  
N°INP 090061862

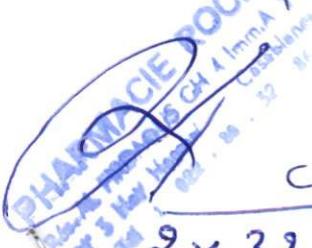
Total **300,00**

*Arrêtée la présente à la somme de :*  
**TROIS CENTS DIRHAMS**

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

05/05/2022



champ Tchern

2x 32,50

② Metformine 500mg

67,00

dag



3x 8

pdt

50 ieg

② Ultra de virus

dag

2x 7



3x 7

erg

③ 46,00  
Digitoxin

dag

ou le ouz

erg

erg

④ Neofortan



2x 8

⑤ Metformine

dag 2-3x

dag 2-3x

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

218,40



6 118000 190967  
METROZAL®  
Buse de 20 grammes  
Bisnis de 20 grammes  
PPV: 32,56 DH  
6 118000 190967  
METROZAL®  
Buse de 20 grammes  
Bisnis de 20 grammes  
PPV: 32,56 DH

6 6684 021209 2021 04.06.00  
BIOCODEX MAROC  
PPV: 27,00 DH  
6 118000 190967  
METROZAL®  
Buse de 20 grammes  
Bisnis de 20 grammes  
PPV: 32,56 DH

6 118000 190967  
USSPASINYL® B 20 caps molles  
Verethine clorite 60 mg / simethicone 300 mg  
P.P.V.: 40,40 DH  
41, rue Mohamed Bour - Casablanca  
Distributeur: COOPER PHARMA  
6 118000 190967  
USSPASINYL® B 20 caps molles

dr. delsa - planete@outlook.com

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 02/05/2008

122,80

① Enrol 40 gr  
dele

MALVACIE WAIL  
153, Rue Habacha  
Bd Day Ould Sidi Baba  
Ghellaït - Casablanca  
Tél. 0529 25 10 07

Dr. Delsa  
Hôpital International Cheikh Khalifa  
Préfecture de Casablanca  
S.A.S.

LOT : 7261  
UT. AV : 02-25  
P.P.V : 122 DH 80

Dr. Delsa  
Hôpital International Cheikh Khalifa  
Préfecture de Casablanca  
S.A.S.