

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4629 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SADOU S. LHOUSSINE

Date de naissance : 7 JUIN 1966

Adresse : VILLA N° 82 LOT OCEAN ARBOVIAZZA

CASA
Tél. 0670116851 Total des frais engagés : 932,07 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/11/2022

Nom et prénom du malade : SADOU S. LHOUSSINE Age : 76

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : lumbago

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) : H. HAI

REBELLES, PIONNERS 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
29/03/2022	VISITE PLATINE	1	372,07	
29/03/2022	VISITE PLATINE	1	372,07	
29/03/2022	VISITE PLATINE	1	372,07	

142980/22

~~AF~~ EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Dr. Slimane CASA Rés. Annajd - Bd Anwar - GIA Plateau CASA Tel.: 05 22 98 97 63 - Fax : 05 22 98 64 17</p>	09/11/22	<p>PHARMACIE ACHRAF Dr. Slimane CASA Rés. Annajd - Bd Anwar - GIA Plateau CASA Tel.: 05 22 98 47 63 - Fax : 05 22 99 64 17</p>
INPE:092001452		560,00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

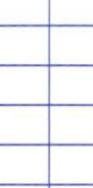
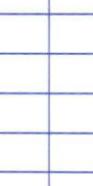
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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

Nº 147 980 / 2022 du 09/11/22

Nom patient : SAOUS LHOUSSINE

Entrée 09/11/22

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 09/11/22

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
PHARMACIE	1,00		72,07	72,07
			Sous-Total	72,07
Total Frais Clinique				372,07

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
TROIS CENT SOIXANTE-DOUZE DIRHAMS SEPT CENTIMES	Total	372,07

Encaissements		Chèque			Total encaissé	Solde
	,	372,07			372,07	0,00

Ref Chg : BMCI//9828009/

100021 中国北京市
公司名称: 恒基伟业有限公司
地址: 北京市朝阳区东三环中路
76号SOHO国际中心B座15层
电话: 010-65354345
传真: 010-65354777
E-mail: contact@fclnk-hck.com
邮编: 100021

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2211092109239380 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200590901	SAOUS LHOUSSINE	09/11/22

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BMCI//9828009 Lui-même	372,07
PAYANT	Total payé	372,07
TROIS CENT SOIXANTE-DOU		

Reçu établi par : ABD.KAR

Tél. : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
Email : contact@fckm-hck.ma
IMD 060061862

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

09/11/2022
21:09

Nom Patient :	SAOUS LHOUSSINE		Numéro dossier :	2200590901	
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
09/11/2022	PARACETAMOL NORMON 1G INJECTA (50)(1)	1402079	1,00	15,02	15,02
09/11/2022	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	1402079	1,00	10,18	10,18
09/11/2022	CLOPRAME 10mg Injecta (10)(1)	1402079	1,00	2,23	2,23
09/11/2022	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	1402079	1,00	29,90	29,90
09/11/2022	PROFENID IM100mg/2 Injecta (06)(1)	1402079	1,00	5,62	5,62
09/11/2022	INTRANULE G 20	1402079	1,00	1,95	1,95
09/11/2022	SERINGUE 10ML	1402079	2,00	1,56	3,12
09/11/2022	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1402079	1,00	1,44	1,44
09/11/2022	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1402079	1,00	0,17	0,17
09/11/2022	PERFUSEUR A SERUM SANS ROBINET	1402079	1,00	2,44	2,44
Total pharmacie					72,07

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 29 03 8345
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@ckm-hck.m



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

09.11.2022



RELAXOL 500MG/2MG
CP 820

P.P.V : 53DH10

6 118000 060833

53.10 x 2 / 106,20
1) Relaxol 500
2x x 2 1/2
133.00

1/1 106,20

2) Arcoxia 90mg

1/1 106,20

198,00 1/1 1/1

3) Migestol 100

LOT : 261
UT. AV : 02-25
P.P.V : 122 DH 80

122,80 1/1 1/1

4) enzol 60
1/1 le mat

PHARMACIE ACHRAF
Dr. Stimane
Rés. Annajd - Bd Anwal - F.
Tel.: 05 22 98 97 63 - F.

LOT :
C161
2024-08

P.V.C : 198.00DH
CNK 3259-850
3 401020 354451 >

560,00 + Compte gérant

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V : 133,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/INTO
700121921
130510/C
118000 160001