

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 : 41116 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FAIKI LATIFA

Date de naissance : 21/04/1959

Adresse :

Tél. : 066 24 875 46 Total des frais engagés : 604.46 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

Enfant

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) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JERRADA 61, Bd Abderrahim Bouabid Oasis - CASABLANCA Tél: 0522 23.54.49 / 0532 99.47.20	11/11/2022	254.40

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																			
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				Coefficient des travaux															
				Montants des soins															
				Début d'exécution															
				Fin d'exécution															
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux														
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Montants des soins
		H	G																
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis																
			Date de l'exécution																
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>																			
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</p>																			

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

Assitant International Cheikh Khalifa
Pr. ASSISTANT ELOUARRADI AMAL
CARDIOLOGIE
121201280

Mr Faikie Lahif 254.40
3x84.80

Prévoir 50  mg x 3 mois

Additivo Nelly 14g x 1 mois

PPV: 84DH80
PER: Q3/25
LOT: L1Q09-1

PPV: 84DH80
PER: 11/24
LOT: K3275

PPV: 84DH80
PER: 07/25
LOT: L2427

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 150 144 / 2022 du 14/11/2022

Nom patient : FAIKI LATIFA

Entrée 14/11/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 14/11/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION AVEC ELECTROCARDIOGRAMME (E)	1,00		350,00 Sous-Total	350,00 350,00
Total Frais Clinique				350,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	350,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	350,00	350,00	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2211141456299000 / 2 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200593012	FAIKI LATIFA	14/11/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	003493 Lui-même	350,00
PAYANT	Total payé	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : NOU.ELH



14/11/22 14:29:01
 9900397754
 93977501
 HOP CHEIKH KHALIFA G2
 Casablanca

A00000000041010
 APP : Mastercard
 M EL MOHANI ABDERRAHMAN
 xxxxxxxxxxxx8200
 06/24 CARTE NATIONALE
 88F642067D6B8D2F
 221-0-9999-1-55

MONTANT: 350,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003
 NUM AUTORISATION: 410595
 STAN : 003493

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
 COPIE CLIENT



IALIFA IBN ZAID

14/11/22 14:29:01
9900397754
93977501
HOP CHEIKH KHALIFA G2
Casablanca

A0000000041010
APP : Mastercard
M EL MOHANI ABDERRAHMAN
xxxxxxxxxxxxx8200
06/24 CARTE NATIONALE
88F642067D6B8D2F
221-0-9999-1-55

MONTANT: 350,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003
NUM AUTORISATION: 410595
STAN : 003493

- DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

/ 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Nom du patient	Date encaissement
FAIKI LATIFA	14/11/2022
Références du paiement	Montant Dhs
003493 Lui-même	350,00
Total payé	350,00

TROIS CENT CINQUANTE DIMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Reçu établi par : NOU.ELH

Id : [REDACTED]

Latifa, Faiki

Indéfini --- (---) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

14/11/2022 15:56:15

FC: 72 bpm

PR: 150 ms

QRS: 78 ms

QT/QTcH: 366/387 ms

QTcB: 401 ms

QTcF: 389 ms

Rv5-6/Sv1 : 0.19/0.41 mV

Sok-Lyon : 0.60 mV

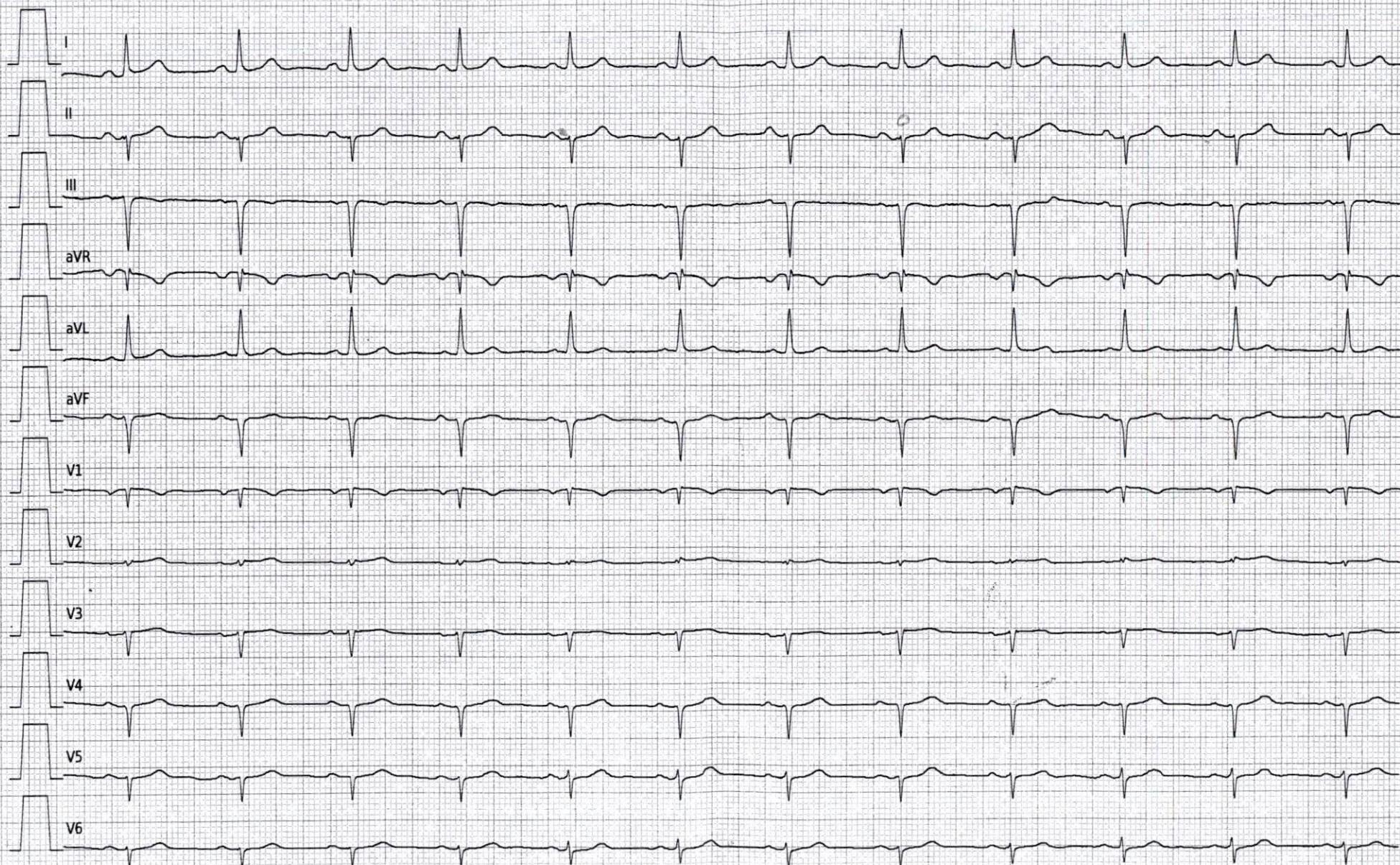
Axe: 37/-51/34 °

RAPPORT NON CONFIRMÉ

Méd. :

Technicien :

Commentaires :



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:25Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693