

# 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.

M22- 0036045

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2698 Société : 245920

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUZAIRIG LAHOUCINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 33 52 92 06

Total des frais engagés : 653,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/01/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

conjunctivite virale

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.

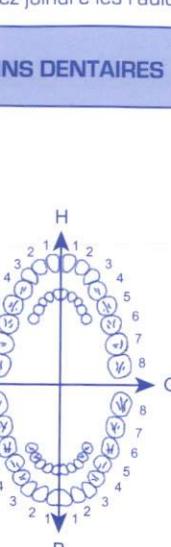
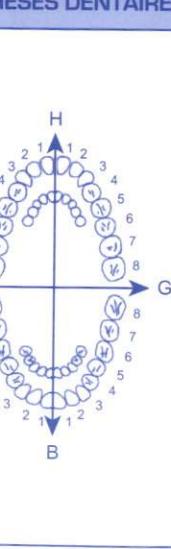
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 15/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
| 131-1123                               | 131-1123 | 153.60                |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES  |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|---|---|----------|------------------|-------------|--|--|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|---|--|----------|----------|----------|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                  |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|    | Dents Traitées  |          | Nature des Soins | Coefficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX<br>MONTANTS DES SOINS<br>DÉBUT D'EXÉCUTION<br>FIN D'EXÉCUTION |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
| <b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   | <b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">B</td> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>         Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |          |                  |             |  |  | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B |  | G |  | 35533411 | 00000000 | 11433553 |  |
|   | H   | 25533412 | 21433552         |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   | D   | 00000000 | 00000000         |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   | B   |          | G                |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   | 35533411  | 00000000 | 11433553         |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
|   |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>   |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>  |   |          |                  |             |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |   |  |          |          |          |  |

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

13/01/23 :

Melle Bousmazairig Soumaina

88.65

① Chibro-cad

1 g x 4 jours (1 semaine)



26.-

② Dexagentomis

1 Application le soir (œil droit)



98.-

③ Phyto

1 Large x 31 J (œil droit)

153.60

Hôpital Cheikh Khalifa  
Tél : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@hckh.ma  
N°INP 0900619444 x 1

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

N° 6473 / 2023 du 13/01/2023

Nom patient : BOUMZAIRIG OUMAIMA

Entrée 13/01/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 13/01/2023

|                              | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire        | Montant          |
|------------------------------|--------|------------|----------------------|------------------|
| PRESTATIONS INTERNES         |        |            |                      |                  |
| CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE | 1,00   |            | 300,00<br>Sous-Total | 300,00<br>300,00 |
| <b>Total Frais Clinique</b>  |        |            |                      | <b>300,00</b>    |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

|                     |              |               |
|---------------------|--------------|---------------|
| TROIS CENTS DIRHAMS | <b>Total</b> | <b>300,00</b> |
|                     |              |               |

| Encaissements |  | Carte Bq |  | Total encaissé | Solde |
|---------------|--|----------|--|----------------|-------|
|               |  | 300,00   |  | 300,00         | 0,00  |



# Reçu de caisse

*MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID*

N° : 2301131512144410. / 2 / 0

| Numéro admission | Nom du patient     | Date encaissement |
|------------------|--------------------|-------------------|
| 2300623223       | BOUMZAIRIG OUMAIMA | 13/01/2023        |

| Mode paiement       | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------------|------------------------|-------------|
| CarteB              | 0916                   | 300,00      |
| PAYANT              | Total payé             | 300,00      |
| TROIS CENTS DIRHAMS |                        |             |

Reçu établi par : M.A.N.ELB

