

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 à caractère personnel.

Nº P19- 066730

149151

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3073 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

ES-SAKHI BRAHIM

01-01-1953

Résidence ATTADARAIN, Rue 1. NOB

04 Lfa

0663473186 Total des frais engagés : 180,0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/01/2023

Nom et prénom du malade : ES-SAKHI BRAHIM Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : *Father*

Nature de la maladie : *Fracture cheville g.h*

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 : *DRSA CONCA*

Le : 09/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
29/11/2023	SB			Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Pr. Adrène ALDRISSI, Nephrologue Orthopédiste - Traumatologue 1453902

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
105/11/2023 - RD de la chuelle	105/11/2023	la chuelle	12000

AUXILIAIRES MEDICAUX

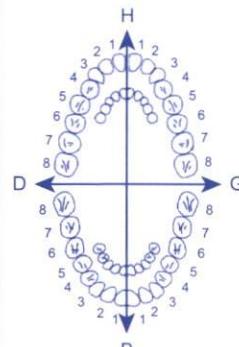
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

N° 4 300 / 2023 du 09/01/2023

Nom patient : **ES-SAKHI BRAHIM**

Entrée 09/01/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 09/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
RADIOGRAPHIE DE LA CHEVILLE DE FACE ET D	1,00		180,00 Sous-Total	180,00 180,00
Total Frais Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total	180,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	180,00	180,00	0,00

*Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid
Service Radiologie
Tél: (+212) 0529 00 44 66
E-mail: hck-fokm.ma*

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2301091627437150 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300621049	ES-SAKHI BRAHIM	09/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	33523	180,00
PAYANT	Total payé	180,00
CENT QUATRE-VINGTS DIRHMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : FOUSAB

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66
E-mail : www.hck-fckm.ma

CASABLANCA, le 09/01/2023

PATIENT : ES-SAKHI BRAHIM

IPP : DATE NAISSANCE : NUMERO DOSSIER :
160203161716FA **01/01/1953** **2300621049**

Rx CHEVILLE F/P

Control sous plâtre d'une fracture de la malléole externe, en voie de consolidation.

Pas de déplacement secondaire

Minéralisation osseuse normale.

Interligne articulaire respectée.

Ebauche d'épine calcanéenne.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr Rami - Dr Benfaida**

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,

BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fkm.ma



مركز المعدات

SANS CONTACT



09/01/23 15:56:56
9900398067
93980601
HOP CHEIKH KHALIFA G12
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxxx5026
CARTE NATIONALE
AB37C315A2CDB1FF
220-0-9999-1-44

MONTANT : 180,00 MAD
NUM TRANSACTION : 011
NUM AUTORISATION : 001910
STAN : 033523

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CCP
CCP