

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 canalaire, 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 canalaire.

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 : 3078

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bouymissa Abdellaziz

Date de naissance : 30/09/1949

Adresse : Rosedence 5. Haukam Rue 6 n 64

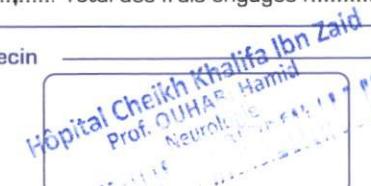
CL QULFA

Tél. : 06 56 39 71 34

Total des frais engagés : .Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/01/2023

Nom et prénom du malade : LAÏLA CHAFTA

Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Encephalitis

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) :

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
26.01.93		C/S	300,-	Hôpital Cheikh Khalifa Prof. OUHAF Hamid et Nouria

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARANAZ S.A.R.L.A-U 140 Lot Semiranda Lissasfa Casablanca Tél/Fax: 0524 44 11 11	26/01/2023	+ = 1005P

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

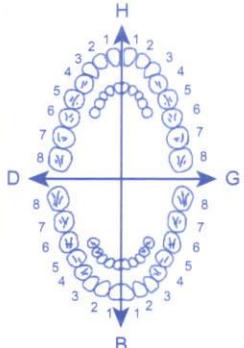
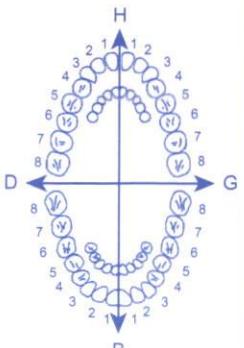
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<p>H</p> <table> <tbody> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

26/01/2023

نے فارسی کھافیا

2972

17

21 Arboretum 407

Le Capo — The

31 Wigand Schröder

• overall time $\approx jh \times \sqrt{N}$

943827

4/ APRIL 30 1971

30-7
Theodore

ans		9	8
L	9	T	7
X		P	6
Z	7	8	5
			4

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

1/ Kempha 100 mg

200 mg x 10 vials

200 mg x 10 vials

200 mg x 10 vials

6x 78,10

3/ Lamictil 25 mg

25 mg
PHARMACEUTIQUE SARANAH
14000 Sidi Abdellah - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 65 20 07

1005,00

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 78,10 DH
ID: 651464
6 118001 140817

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 78,10 DH
ID: 651464
6 118001 140817

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Prof. Dr. H. A. Hamid
Rabat, Maroc

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 78,10 DH
ID: 650304
6 118001 140817

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 78,10 DH
ID: 646928
6 118001 140817

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 78,10 DH
ID: 649670
6 118001 140817

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 12.719 / 2023 du 26/01/2023

Nom patient : LATIFI KHADIJA EP BOUHMIDA

Entrée 26/01/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 26/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE NEUROLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

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



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

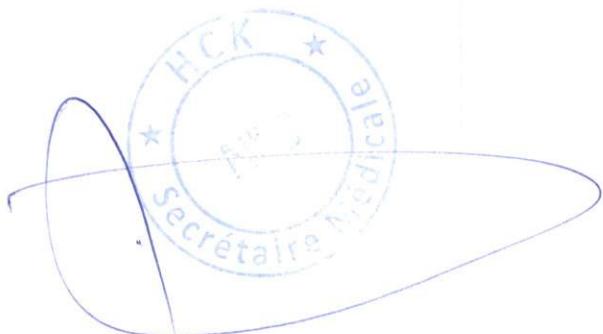
Reçu de caisse

N° : 230126100524ZA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300629524	LATIFI KHADIJA EP BO	26/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	009189	300,00
Total payé		300,00

Reçu établi par : ZAÏL GHIA





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
Casablanca - Maroc - 2023

26/01/23

09:38:06

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA**

A0000000032010

MABMCI

ABDELAZIZ BOUHMIDA

439377*****6899

03/23 CARTE NATIONALE

621-0-0000-1-44

Num Commerçant :	2220064
Num TPE :	08173373
Num Transaction :	000001
Num Autorisation :	646836
Num STAN :	009189

MONTANT : 300,00 MAD

DEBIT
Copie client

**DEVENEZ COMMERÇANT NAPS
APPELEZ LE 05 22 91 74 74**