

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0037588

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13295

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AFFAKI Hala

Date de naissance : 04/02/1995

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 462,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/06/2019

Age:

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

maladie chronique

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 : Casablanca

Le : 06/06/2019

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

Adresses Mails utiles

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

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
06/06/2013	docteur	(6)	150,00	Dr. ZIAKIS Maria Médecine Générale 06/06/2013

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>P</i>	6.6.23	312.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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'ODE.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates the cerebral cortex of a human brain, viewed from above. The cortex is divided into two hemispheres by a central sulcus. Numbered regions are marked: 1 (frontal lobe), 2 (parietal lobe), 3 (occipital lobe), 4 (temporal lobe), 5 (anterior limb of the internal capsule), 6 (posterior limb of the internal capsule), 7 (lateral ventricle), and 8 (third ventricle). The anterior commissure is also indicated. The diagram includes labels D (labeled with a double-headed arrow) at the bottom left, H at the top center, and G at the bottom right.

4 3 2 1 2 3 4

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

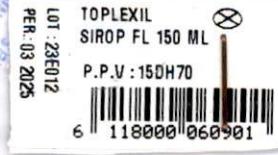
Casablanca, le :

(06/06/2013)

Mme Elaffahi hola
297,00

1- symbocort 200 
1 app = 2/1

2- topelix 100g / g lessive
312,70



Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid
Dr. ZAIN Mariam
Medecine Générale
91181297

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 79 555 / 2023 du 06/06/2023

Nom patient : **EL AFFAKI HALA**

Entrée 06/06/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 06/06/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE	1,00		150,00 Sous-Total	150,00 150,00
Total Frais Clinique				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	150,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	150,00	150,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 01 74 77
E-mail: contact@ckm.hck.ma
N°INP 090061862

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2300697008
Nom patient	EL AFFAKI HALA
Médecin	DR. ZIANI MARIAM
Motif	CONSULTATION DE MEDE
Encaissement	150,00

Visa accueil

BAS.LAZ 13:15