

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.

Mes Mails utiles

- O [REDACTED] : contact@mupras.com
- O [REDACTED] : 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.

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	11890	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		HAMDI HASNA	
Date de naissance :		A 64991	
Adresse :			
Tél. 067115684		Total des frais engagés : 657,80 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	01/03/2023
Nom et prénom du malade :	HAMDI HASNA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> lui-même
Nature de la maladie :	Refraction + Glaucome
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC
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.	

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

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
01/03/2023	Consultation	5	300,00	Hôpital Universitaire International Chahid Khan Professeur MACHACHE Généraliste Signature : 29/10/2023
20/23/2023	Consultation	5	300,00	Hôpital Universitaire International Chahid Khan Professeur MACHACHE Généraliste Signature : 29/10/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
macie PRINCIPALE DEROUA N° 1 Daroua 53 20 83	01/03/2023	357,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIODIAGNOSTIQUES			
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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				Autres Réclamé Prise

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 01/03/2023

Mme HAMDI HASNA

~~178.90 DH~~

I) Monoprost  (ODG)

2 pte le soir à 21h
pendant 3 mois

~~352.90~~

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
Darou Daroua
Bloc U N°1 Daroua
Tél : 05 22 53 20 83

Hôpital Universitaire International
Professeur Cheikh Khalifa
Ophtalmologie
091025718

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

6 118001 072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

6 118001 072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 31 202 / 2023 du 01/03/2023

Nom patient : HAMDI HASNA

Entrée 01/03/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 01/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

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

Encaissements						Total encaissé	Solde
							300,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026
Email: contact@fclm.hck.mz
N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 01/03/2023

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2300647946
Nom patient	HAMDI HASNA
Médecin	PR. MCHACHI ADIL
Motif	CONSULTATION D'OPHTA
Encaissement	0,00
	<i>Visa accueil</i> SOF. OUB 15:44

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse*Méd*HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 23030115474710 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300647946	HAMDI HASNA	01/03/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	12001	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MIS.CHE





مركز التقديمات

01/03/23 15:18:12

9900397747

93977401

HOP CHEIKH KHALIFA G1

Casablanca

A0000000031010

APP : Visa

HAMDI /HASN .

xxxxxxxxxxxxxx1151

05/26 CARTE NATIONALE

84659425093B544F

620-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 006

NUM AUTORISATION: 001629

STAN : 012001

DEBIT

Le CMT vous remercie