

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4623 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAOUS L'HOUSSINE

A74599

Date de naissance :

5/12/1946

AZROU

Adresse :

VILLA N° 36 lot OCEAN DAR BOUALIA

Csca BLANC

Tél. : 06 70 11 68 51

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

07/09/2012

Nom et prénom du malade : SAOUS L'HOUSSINE Age : 76 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 07/10/2012

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 présent devis
07/09/23	(S)	1	300	Hôpital Universitaire International de Casablanca Professeur Assistant / Chef de service Ophthalmologie Dr BOUAZZA MOHAMMED INPE:092001452

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACHRAF Dr. Slimane Slimane Rés. Annajd - Bd Anwal - Cité Plateau CASA Tél.: 05 22 98 97 63 - Fax: 05 22 99 64 17	07-09-23	692,82

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

المستشفى الجامعي
الدولي الشيف خاليفه



IVERSITAIRE
NAL CHEIKH KHALIFA

P.P.V: 110 DH 70

Exp: 01/2023
Fab: 01/2023
Lot: AAO3123

Xolamol®
عسل مول

زنجبيل
زنجل مول®
Xolamol®
Lot: A A 0 1 2 8
Fab: 0 1 2 3
Exp: 0 1 2 5
P.P.V: 110 DH 70



P.P.V: 110 DH 70

Exp: 12/2024
Fab: 12/2024
Lot: 212568

Xolamol®
زنجل مول®



P.P.V: 110 DH 70

Exp: 01/2025
Fab: 01/2025
Lot: 2325

Xolamol®
زنجل مول®

P.P.V: 110 DH 70

Exp: 01/2028
Fab: 01/2028
Lot: AAO128

Xolamol®
زنجل مول®

وصفة طبية
Ordonnance

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr BOUAZZA MOHAMMED
Professeur Assistant / Chef de service
Ophtalmologie
131205684

PHARMACIE ACHRAF
Dr. Slimane Slimane
Rés. Annajid - Bd Anwar - Ché Plateau - CASA
Tél.: 05 22 98 97 63 - Fax: 05 22 99 64 17

19/05/1999

(OD)

S.V

Xolamol 0.1%

800
Zohoor

Ag x 217

Zohoor

S.V

(S.V)

28,60

Chibro-Cadron 0.1%
10x31 (AS)

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr BOUAZZA MOHAMMED
Professeur Assistant / Chef de service
Ophtalmologie
131205684



ica - Maroc
08 873 367

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 230907165652MA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300742923	SAOUS LHOUSSINE	07/09/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	N°5790913BMCI Lui-même	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : MAN.ELB

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ckm.hnk.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 07/09/2023
Numéro : 125 138



090061862

Nom patient : SAOUS LHOUSSINE

Médecin : PR. BOUAZZA MOHAMED
Ophthalmologie

2300742923

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	300,00
Total	300,00
<i>Arrêtée la présente à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	

BP 090061862
mail@fckm.hck.ma
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862
N°ICE 001740003000026
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid