

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 : 1116 Société : MAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FAIKI LATIFA

Date de naissance : 01/06/1959

Adresse : 21 ALLAYMOUVE CASA

Tél. : 0668489546 Total des frais engagés : 180 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. BENAMEUR Namza
Pr Agrégé en
Traumatologie Orthopédie
INPE 091211201
Tél: 0661.195.177

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : FAIKI LATIFA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dolor latso scapula m. dts

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : R ACCU

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) : 26 JAN 2021



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
09/11/2010			6	Pr. BENAMEUR Hamza Pr Agrégé en Traumatologie Orthopédie INPE 0912 1201 Tél: 0661 195.177

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
Service Radiologie Tél: (+212) 0529 00 44 FAX: (+212) 0529 00 44	10/11/2010	Pathologie	180,000.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

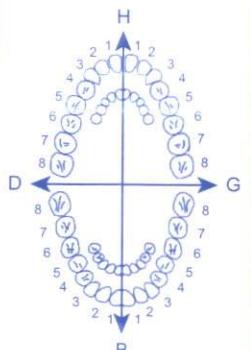
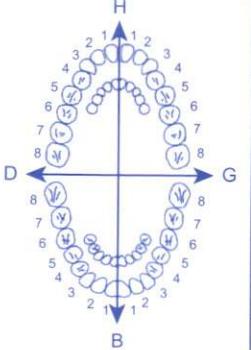
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, 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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

H

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

D

H

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

D

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 01/01/2024

FAIK i Latifa

Rx grill f costal face

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Service Radiologie
Tél: (+212) 0529 00 44 66
Email: www.hck.fcm.ma

Pr. BENAMEUR Hmza
Pr Agrégé en
Traumatologie Orthopédie
INPE:091211201
Tél:0661.195.177

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 5 549 / 2024 du 10/01/2024

Nom patient : FAIKI LATIFA

Entrée 10/01/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 10/01/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DU THORAX DE FACE ET DE PRO	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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66
E-mail : service.radiologie@hckz.ma

Reçu de caisse

16:48:20

N° : 240110165409KA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400810685	FAIKI LATIFA	10/01/2024
Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	009443	180,00
	Total payé	180,00

Reçu établi par : K.I.W.FAT

10/01/24
9900398067
93980601
HOP CHEIKH KHALIFA G12
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
MME FAIKI LATIFA
xxxxxxxxxxxx6104
11/25 CARTE NATIONALE
3698172CD5040CA9
221-0-9999-1-44

MONTANT: 180,00 MAD
NUM TRANSACTION : 025
NUM AUTORISATION: 051158
STAN : 009443

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Service radiologique
Tél: (+212) 0529 00 1000

CASABLANCA, le 10/01/2024

PATIENT : FAIKI Latifa

IPP : 170105033411KA

DATE NAISSANCE : 01/04/1959

NUMERO DOSSIER : 2400810685

RX Poumon F

Transparence parenchymateuse normale.

Culs de sac pleuraux libres.

Silhouette cardio médiastinale normale.

En vous remerciant de votre confiance
Signé : Dr EL BENDADI Wafaa – Dr BENFAIDA



Dr EL BENDADI WAFAA
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Radiologie
061304218

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.fckm.ma