

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

M22- 0039659

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3450 Société : 198108

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL KHATTABI DRISS

Date de naissance : 17-5-1954

Adresse : 57 Rue Loundaya Hay AL Maghrib El Jadid - Benachir

Tél. : 0668173263 Total des frais engagés : 180 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/01/2024

Nom et prénom du malade : CHEHBI Samaya Age : 31-1-1969

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Fr de l'échaf de ds-1

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 : Benachir Le : 04/01/2024

Praticien(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
04/01/2024	C	C	C	
01/01/2024	C	C	C	
01/01/2024	C	C	C	
01/01/2024	C	C	C	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p><i>Hôpital Cheikh Khalifa</i> <i>Service Radiologie</i> Tél : (+212) 0529 00 44 66</p>	04/01/2014	Rx peignit	180,00 Dhs

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

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

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on each side). Landmarks are indicated:
 - **D**: Located on the left side of the arch, pointing towards the center.
 - **G**: Located on the right side of the arch, pointing towards the center.
 - **H**: Located at the top center of the arch, pointing upwards.
 - **B**: Located at the bottom center of the arch, pointing downwards.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

04/01/2024

N° chaki soumiza

VR

DR

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Service Radiologie
Tél : (+212) 0527 00 44 65
E-mail : service.radiologie@hck.ma

DR

CB
JD

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Médecin Interne KAMRJ HIBAT ALLAH
090051362

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 2079 / 2024 du 04/01/2024

Nom patient : **CHEHBI SOUMAYA**

Entrée 04/01/2024

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 04/01/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DU POIGNET DE FACE ET DE PR	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	Espèces				Total encaissé	Solde
	180,00				180,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66
Email : www.hck.tckm.ma

CASABLANCA, le 04/01/2024

PATIENT : CHEHBI SOUMAYA

IPP : **H0123038839**

DATE NAISSANCE : **31/01/1959**

NUMERO DOSSIER : **2400807237**

Rx POIGNET DROITE FACE ET PROFIL

Contrôle sous plâtre d'une fracture de l'extrémité distale du radius et d'une fracture de la styloïde cubitale en cours de consolidation.

Interligne articulaire respectée.

Surfaces articulaires régulières.

Absence de calcifications des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance
Signé : **Dr LAFHEL Sarah - Dr Jamil.**

Dr SARAH LAFHEL
RADIOLOGUE

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