

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons 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.

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

48654

Déclaration de Maladie : N° S19-0003087

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2906 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : SOUHAL FATHIMA Date de naissance : 13/07/165
Adresse :
Tél. : 0661305484 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Conjoint

Age :

Enfant

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 :

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
23/11/2020	Consultation	1	300,00 DHS	AL CHEIKH KHADJA Soumaya CHIHEB Vénéréologue 91028091
25/11/2020	Consultation	1	600,00 DHS	

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

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 canalaires, ainsi que le bilan

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	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). Directional arrows indicate the following:

- D**: Horizontal arrow pointing left.
- G**: Horizontal arrow pointing right.
- H**: Vertical arrow pointing up.
- B**: Vertical arrow pointing down.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 110 576 / 2020 du 10/11/2020

Nom patient : SOUAL FATIMA Entrée 10/11/2020

Prise en charge : PAYANTS Sortie 10/11/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Peeling superficiel	1,00		600,00 Sous-Total	600,00 600,00
Total Frais Clinique				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
SIX CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	600,00	600,00	0,00

Ref Chq : SG-N°5459060/

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hck.ma
N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse*MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID*

N° : 2011101030171150 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000270603	SOUAL FATIMA	10/11/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	SG-N°5459060 elle-même	600,00
PAYANT	Total payé	600,00
SIX CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : GHI.SEL

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél. : 05 29 08 53 45
Fax : 05 29 08 44 77
E-mail : contact@ckm.hck.ma
N°INP 090061852

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **104 833** / 2020 du **23/10/2020**

Nom patient : **SOUAL FATIMA**

Entrée **23/10/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **23/10/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation de dermatologie	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			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00

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

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2010231552451150 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000264758	SOUAL FATIMA	23/10/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	276	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : GHISSEL

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 43
Fax : 05 29 03 44 77
E-mail : contact@fckn.hck.ma
N°INP : 091061862



مصرف المقديني

SANS CONTACT



23/10/20 15:50:37
9900397770
93977701
HOP CHEIKH KHALIFA G3
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxx6513
CARTE NATIONALE
7G738FC62D5087B7
220-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 007
NUM AUTORISATION: 0Q6948
STAN : 000276

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT