

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## Biologie 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.

## Education :

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Code réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 714 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : S.KALI FAROUK

Date de naissance : 1946

Adresse : Résidence EL HAMOUD FARAH SELEM

Tél. 0644 282498 Total des frais engagés : 555,40 Dhs

Code réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/11/2020

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète ASS 09/12/2020

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
16/11/2017	CS		300 DH	 Dr. El Hachemi
19/11/2017	CS			 Dr. El Hachemi

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie Al Azhar Essalam</b> Tel : 0521 06 440 <b>Pour Ordonnance</b>	16/11/2020	255,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

#### **(Création, remont, adjonction)**

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (1-8), upper right (9-16), lower left (17-24), and lower right (25-28). The arch is centered on a vertical axis with a horizontal crossbar. Four directional markers are present: 'D' on the left horizontal axis, 'H' at the top vertex, 'B' at the bottom vertex, and 'G' on the right horizontal axis.

1994-1995 EDITION BY PRACTICAL ATTENDING PHYSICIANS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le lundi 16 novembre 2020

**Ordonnance médicale**

**PATIENT :** SKALI Farouk

**TRAITEMENT :**

215,00  
MEZOR 40 : 1 gel/j/1mois

40,40  
METEOSPASMYL : 1 gel 3/j

VOGALENE SIROP : 1 c à c 3 fois/j (R)

LOT 200704  
EXP 02/2022  
PPV 215.00DH

METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alvéoline citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. :40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
6 118001 100293

Pharmacie Al-Azhar Essalam  
Tél 05 22 91 17 18  
Pour Ordonnance

*Cachet et signature :*

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Fr. EL DAISSI LAMGHARI ABDELNACEUR  
Gastroenterologue et Nutritionniste  
docteur universitaire qualifié  
01100-020

## Reçu de caisse

Méd'HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2011161502302090 : / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000273042	SKALI FAROUK	16/11/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	N°743203 /ATW MME SKALI OUAFA	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MAL.ZEG

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél. : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@hckm.hck.ma  
N°INP 090061362

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 113 064 / 2020 du 16/11/2020

Nom patient : **SKALI FAROUK** Entrée 16/11/2020  
Prise en charge : **PAYANTS** Sortie 16/11/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation d'hépato-gastro-entérolog	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>TROIS CENTS DIRHAMS</b>	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	<b>300,00</b>	<b>300,00</b>	<b>0,00</b>

Ref Chq : N°743203 /ATW/

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