

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER 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.

que :

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.

ladie 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

Maladie

Dentaire

N° P19-0029221
ND: 52227

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 714

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

S.KALI FAROUK

Date de naissance :

1946

Adresse :

Résidence EL HAMO - FARAH SALAM
CASA

Tél. : 0644 2824 98

Total des frais engagés :

000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/12/2020

Nom et prénom du malade : ELALAOUI ZAHIA Age: 72 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection : dermatologue

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 : CASA

Le : 26/12/2020

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
10/11/2020	S		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pour ordonnance	14/12/2020	299,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/12/2000	Docteur	250 DH

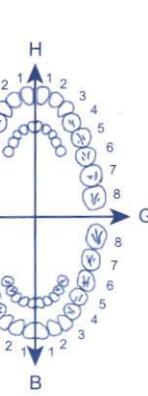
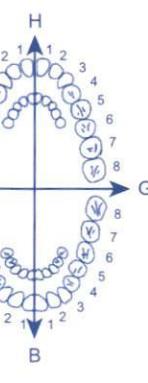
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			Montants des soins
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis												
				Date de l'exécution												

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

٢٤١٢٢١٢٦

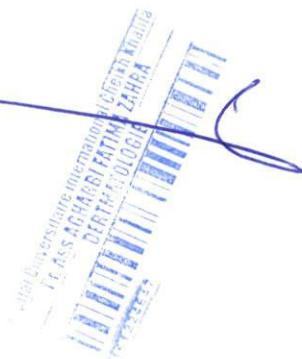
GL MIAOUE BANDEJA



299,00
pour Ordonnance

CANCER POR angles

٢٤١٢٦٢١٢٦



Date : July 1, 2020

Quittance - Paiement espèces

0530995

IPP :

N° D'admission : Montant : 250,00 DH

Patient : EL AL Aoui BAHIJA



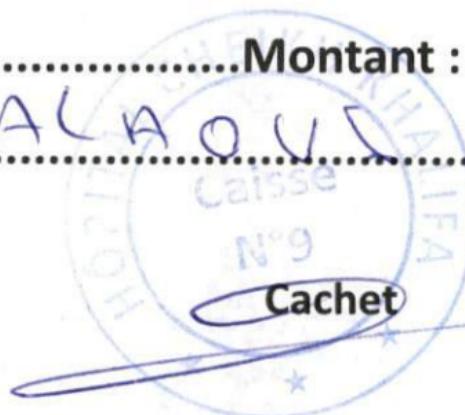
Date : 16/11/2020

Quittance - Paiement espèces

0524355

IPP :

N° D'admission : Montant : 30000,00
Patient : EL ALAOUI BAKIJA



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

٢٦/١٢/٢٠٢٠

Dr ALAOUI
E-mail : dr.alaoui@hck.ma
Hôpital Cheikh Khalifa
Centre de Santé
Tél : +212 529 038 868
Fax : +212 529 004 466
www.hck.ma

SAKIJJA

rx de la pied. goutte
pant goutte

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 123 184 / 2020 du 14/12/2020

Nom patient : **EL ALAOUI BAHIJA**

Entrée 14/12/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 14/12/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Radiographie Pied F et P	1,00		250,00 Sous-Total	250,00 250,00
Total Frais Clinique				250,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total 250,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	250,00				250,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 61
E-mail : www.hckz.dz

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 113 120 / 2020 du 16/11/2020

Nom patient : **EL ALAOUI BAHIJA**

Entrée 16/11/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 16/11/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de dermatologie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

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

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	300,00				300,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026
E-mail: contact@hck.ma
Site: www.hck.ma

Casablanca , le 14/12/2020

PATIENT : EL ALAOUI Bahija

MEDECIN TRAITANT :

EXAMEN(S) REALISE(S) : RX Pied F

Rx PIED GAUCHE F/P

déminéralisation osseuse

Articulations tarsiennes, métatarsiennes et inter phalangiennes de morphologie normale.

Absence de lyse osseuse.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Pr AZIZ

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. AZIZ Neurochirurgie
ORTHOPÉDIE