

# 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.
- 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 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

- Reclamation : 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

22548

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 03585

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HOUARI ABDEL FETTAH

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : 400, Route d'EL JADIDA CHAB

Tél. : 066.160.69.75 Total des frais engagés : 700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/02/2020

Nom et prénom du malade : EL HOUARI ABDEL FETTAH Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Plante allergique

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.

25 FEV 2020

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 : Casablanca Le : 18/02/2020

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
18/02/2022	Consultation	1	10000R	
19/02/2022	Consultation			
20/02/2022	Consultation			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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 de l'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX																			
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																				
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H	21433552	25533412	00000000	00000000		00000000		D	G	35533411		11433553		B				CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
	H	21433552																				
	25533412	00000000																				
	00000000																					
	00000000																					
	D	G																				
	35533411																					
	11433553																					
	B																					
				MONTANTS DES SOINS																		
				DATE DU DEVIS																		
				DATE DE L'EXECUTION																		

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

18-02-2020

M. el hanani Abdel fattah

tests Cutanés  
(Pricks tests)



Casablanca le, 18/2/2020

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Pr. HERRAG Mohammed  
Pneumologie - Allergologie  
13115707

**TESTS CUTANÉS (PRICKS TESTS)**

Patient: EL HOUANI AYAD FETTAH

IPP N°:

Témoin négatif	○	mm
Témoin positif	8 mm	mm
D. Pteconussinus	5 mm	mm
D. Farinae	2 mm	mm
Blomia	5 mm	mm
Blattes	1 ○	mm
Poil de chat	3.5 mm	mm
Poil de chien	4 mm	mm
Olivier		mm
5 Graminées		mm
Cyprès		mm
Aspergillus		mm
Poulet		mm
Blé de farine		mm
CLADOSporium	6 mm	
ALTERNARIA	7 mm	

Résultats :

Pricks des allergologiques positifs aux acariens (Dl, Blomia) et aux moisissures (Alternaria, cladosporium) et faillent au chien.



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° **23 393** / 2020 du **18/02/2020**

Nom patient : **EL HOUARI ABDELFETTAH**

Entrée **18/02/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **18/02/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
TESTS CUTANÉS (10 TESTS)	1,00		700,00 Sous-Total	700,00 700,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>700,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

**Total 700,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	700,00	700,00	0,00

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