

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 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractère personnel.



Déclaration de Maladie
 N° P19- 0040682

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9511

Société : Q4016 CA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DARKI IMANE

Date de naissance : 03.10.61

Adresse : 412 Allée des jardins Ain Sebaa Casablanca

Tél. : 056.132.57.87 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/02/20

Nom et prénom du malade : DARKI IMANE

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Abdai de l'uride JG

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 :

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
27/08/2020	ABLATION SCROTAL	1500 F		Hôpital Chaikej Prof. Dr. H. A. El-Sherif Urologie NE. 09183705

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
		A M	P C	I M	I V	

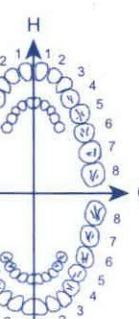
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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'ODT.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the cyclic voltammogram of the H-B-D-H system. The horizontal axis represents the potential, with points D, H, B, and C marked. The vertical axis represents the electron flow. The electron flow starts at point D, moves up to H, then down to B, and finally up to C. At each stage, the electron enters a circle, which is divided into two halves: the left half is shaded grey and the right half is white. The circles are arranged in a zigzag pattern along the vertical axis. The labels 1 through 8 are placed around the circles to indicate specific sites or steps in the cycle.

[Création, remont, adjonction]

L'INDUSTRIE CAGNOTTE EN PRATICIEL ATTENDANT LE REVENIR

VISA ET SACHEZ BIEN PRATICIEL AFFECTANT L'EXECUTION

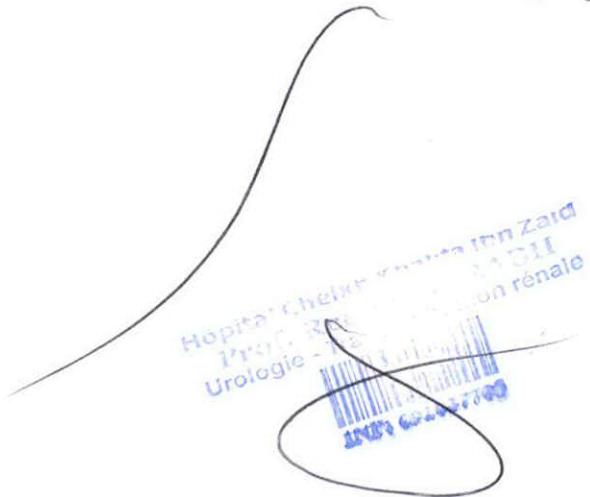
وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

27/02/2008

M — Hospital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Prof. Redouane RABII
Urologie - Transplantation rénale
DARKI
Ref: 09162765
IM AVE

Abahri
de sonde jj





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

2000190568 / 171226150541NA

Prénom : Imane

Nom : DARKI

DDN : 03/06/1971 E: 27/02/2020

Service : ENDOSCOPIE (NA)

PAYANT
Sexe: F

27/2/20

Compte rendus opératoire
d'Urologie

Sur le cas de Mme Z.

Mme de T.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. RABII Redouane

Urologue-Transplantation renale

091037705



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani,

BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca, Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868

www.hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 28405 / 2020 du 27/02/2020

Nom patient	DARKI IMANE	Entrée	27/02/2020
	PAYANTS	Sortie	27/02/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Ablation de sonde double J	1,00		1 500,00	1 500,00
Total Clinique				1 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS		Total 1 500,00



CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2002271545353400 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000190568	DARKI IMANE	27/02/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	4441	1 500,00
PAYANT	Total payé	1 500,00
MILLE CINQ CENTS DIRHAM		

Reçu établi par : MIS.CHE

