

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

tique :

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.

aladie 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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

01518

Société :

54972

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NAJIH ABDESSALAM

Date de naissance :

14/12/1952

Adresse :

Tél. : 0640080075

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/01/2020

Nom et prénom du malade : NAJIH

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Infec

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : accident

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
20/11/2015	CS		300,00	
				PrAss. Dr. M. GHASSAL Université Internationale de Chypre

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/2020	123,40

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (5-8), lower right (9-12), and lower left (13-16). A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the diagonal axis labeled 'B' at the bottom right.

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

20/11/2020

NASIR Abdelkader

18 Monuif

up / 3jouz

3 priés

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr Ass EL OMRI GHASSANE
Urologie
011185147

22

Umax Alene



Alf / le lois

Smot

LOT 200598
EXP 12/2021
PPV 121.40DH

121.40

121.40

ICP-UNNAP27-UNNUN0083
SIIDIMaterials-Substance
use 1100 complete commerce
PHARMACEUTICALS

Hôpital Universitaire Interdition Cheikh Khalifa
Pr Ass El DIDI GHASSANE
Urologie
011185147



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 114586 / 2020 du 20/11/2020

Nom patient	NAJIH ABDESELAM	Entrée	20/11/2020
	PAYANTS	Sortie	20/11/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation d'urologie	1,00		300,00	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 201120134949RA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000274571	NAJIH ABDESELAM	20/11/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1219	300,00
Total payé		300,00

Reçu établi par : RAD.WAH

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 55 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@fckm.hck.ma
N°INP 000061862



20/11/20 13:46:02
9900397978
93979701
HOP CHEIKH KHALIFA G8
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
NAJIH ABDESSLAM /
xxxxxxxxxxxx0907
06/21 CARTE NATIONALE
C780294664111BC7
226-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003
NUM AUTORISATION : 903867
STAN : 001219

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVÉ
COPIE CLIENT