

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.

Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

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

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 046579

60405

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 714 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SKALI FAROUK

Date de naissance : 1946

Adresse : Résidence EL HAMD - FARAH - SALAM CHEN

Tél. 0644282498 Total des frais engagés : 566,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/02/2021

Nom et prénom du malade : Dr Farouk Skali Age 75ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : PAC

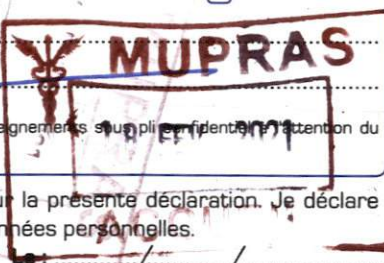
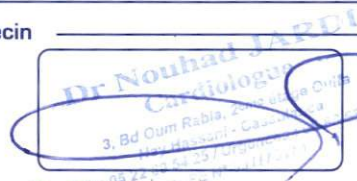
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

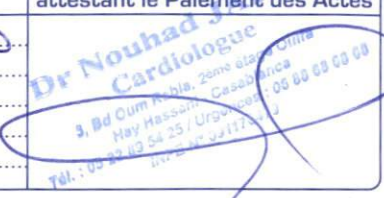
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
16/02/21	Stec		3000	
20/21				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture



16/02/21 216,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

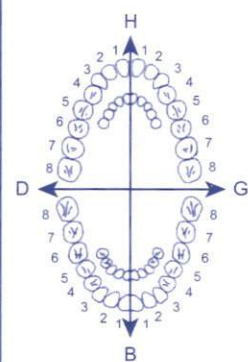
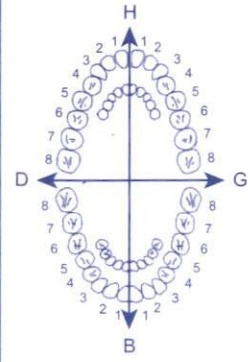
A M P C I M I V

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan d

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		G		00000000	00000000	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS		
	G											
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS								
			DATE DE L'EXECUTION									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية Ordonnance

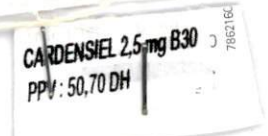
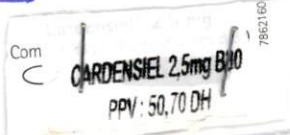
Casablanca, le :

16/02/2021



Dr. Nouhad JARDI
Cardiologue
3, Bd Oum Rabia 2ème étage Oujda
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 89 54 25 / Urgences : 05 22 89 54 25
INPE N° 021175479

Dr. Ferouk Suoli



1 Régime pau sucre
2x 50,70 / 101,40
Cardensiel 2,5



35,80 3/ Kardecic 160g

19,00 4/ Tahor 10g

Adresse : Boulevard Mohamed Taleb Naciri, Hay El Hassani, BP 82
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038





مركز الدفع بالبطاقة

16/02/21, 09:52:19

9900397754

93977501

HOP CHEIKH KHALIFA G2

Casablanca

A00000000031010

APP : • VISA

SKALI/FAROUK MF

xxxxxxxxxxxx4161

12/23 CARTE NATIONALE

6E5C76BE56BF45F2

220-0-9999-1-44

MONTANT: 350,00 MAD

NUM TRANSACTION 005

NUM AUTORISATION 005213

STAN 006534

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

COPIE CLIENT

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

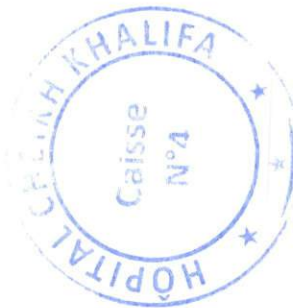
MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2102160950473700 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100306096	SKALI FAROUK	16/02/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	006534	350,00
PAYANT	Total payé	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : FAT.SAF



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 16 862 / 2021 du 16/02/2021

Nom patient : **SKALI FAROUK**

Entrée 16/02/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 16/02/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation avec électrocardiogramme	1,00		350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
Total Frais Clinique				350,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total 350,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						350,00

*Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie*

Id : **SKAL**
Indéfini --- (---) Indéfini
Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :
Technicien :
Commentaires :

16/02/2021 09:49:23

FC: 84 bpm
PR: 156 ms
QRS: 146 ms
QT/QTcH: 396/438 ms
QTcB: 469 ms
QTcF: 443 ms

Rv5-6/Sv1 : 0.75/--- mV
Sok-Lyon : 0.75 mV
Axe: 10/42/-136 °

Rythme sinusal

--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexe du patient ---

Bloc de branche gauche

ECG anormal

RAPPORT NON CONFIRMÉ

Dr Nouhad JARIV
Cardiologue
3, Bd Oum Rabia, 2^e étage Orta
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 05 22 49 53 43
Tél : 05 22 49 53 43

