

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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Prothétique :

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

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 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

Nº P19- 064293

Optique 62581 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1558

Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Hamm El Houssine

Date de naissance :

11.11.1962

Adresse :

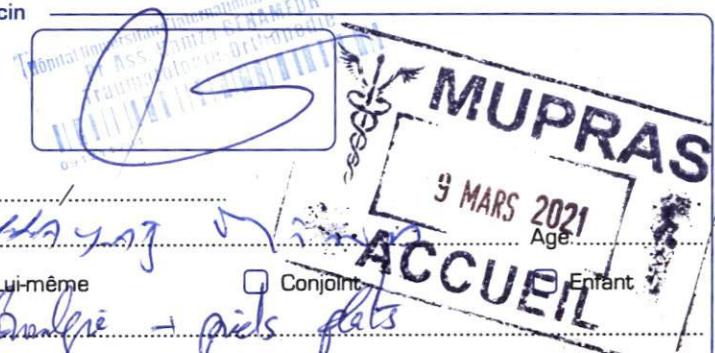
AVI LOT SMIDA EL OULJA 1280

Tél. : 06 65 61 69 02

Total des frais engagés : 835,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

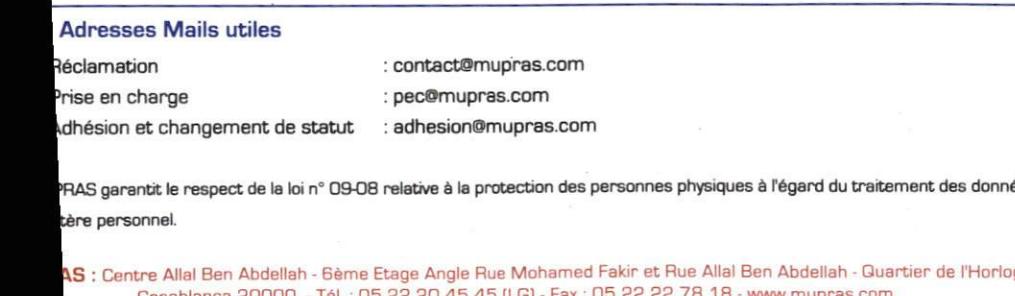
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Hamm El Houssine



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
23/21	C3		300 D/H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/03/21	305,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/03/21	Régenex	230,00

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
	</			

وصفة طبية Ordonnance

02/03/2021

Casablanca, le :

17/03/2021

Honor
Nub. 90 1 gellule x 2 j. p.t 31

53.10 DH permes 1 gellule / j p.t 30 j

Relaxol

52.80 249g / p.t 19

Oedex

3051



RELAXOL 500MG/2MG
CP 820
PER.09.2022

P.P.V : 53DH10

RELAXOL 500MG/2MG
CP 820
PER.09.2023

P.P.V : 53DH10
Barcode: 6 118000 066833

LOT 200711
EXP 01/2023
PPV 52.80DH



Adresse : 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

Date : 02/03/2021

Quittance - Paiement espèces

0551256

IPP :

N° D'admission : Montant : 300,00

Patient : HOYAJ, NINA



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 22 716 / 2021 du 02/03/2021

Nom patient : HAYAJ MINA

Entrée 02/03/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/03/2021

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

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Total 300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Email: comptes@dmhkma.ma
Fax: 05 29 03 53 45
Tel: 05 29 00 44 77

وصفة طبية Ordonnance

04/3/2021

Casablanca, le :

HAYAJ Moring

R ghm dt cf
en charge



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 22 818 / 2021 du 02/03/2021

Nom patient : **HAYAJ MINA**

Entrée 02/03/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 02/03/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Radiographie du genou sous une inciden	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographiq	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	230,00
Total Frais Clinique				230,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT TRENTÉ DIRHAMS

Total 230,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	230,00				230,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Sous Direction de l'Agence
Tél. (02) 29 00 44 66
E-mail : hck-fckm.rna

Casablanca , le 02/03/2021

PATIENT : HAYAJ MINA

MEDECIN TRAITANT :

EXAMEN(S) REALISE(S) : RX Genou Droit F+P

Absence de lésion osseuse radiologiquement évidente au niveau du squelette du genou.

Arthrose fémoro-tibiale interne et externe avec discret pincement fémoro-tibial interne

Petits ostéophytes rotuliens

La texture osseuse est radiologiquement normale.

Absence d'anomalie évidente au niveau des parties molles du genou.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Pr AZIZ



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr AZIZ Benreddine
RADIOLOGIE



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 02/03/2021

Quittance - Paiement espèces

0551268

IPP :

N° D'admission : Montant : 230,00
Patient : HOYAJ TINA

