

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## cique :

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 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.

## ladie 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.

N° M21- 2052361

73112

Optique

Autres

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2350

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ALADI CHAAB KARAZ

Date de naissance : 10.3.55

Adresse : 2 lot ABLETF 2010

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02.06.2021

Nom et prénom du malade : nc ALA.n-CHAB KARAZ Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète

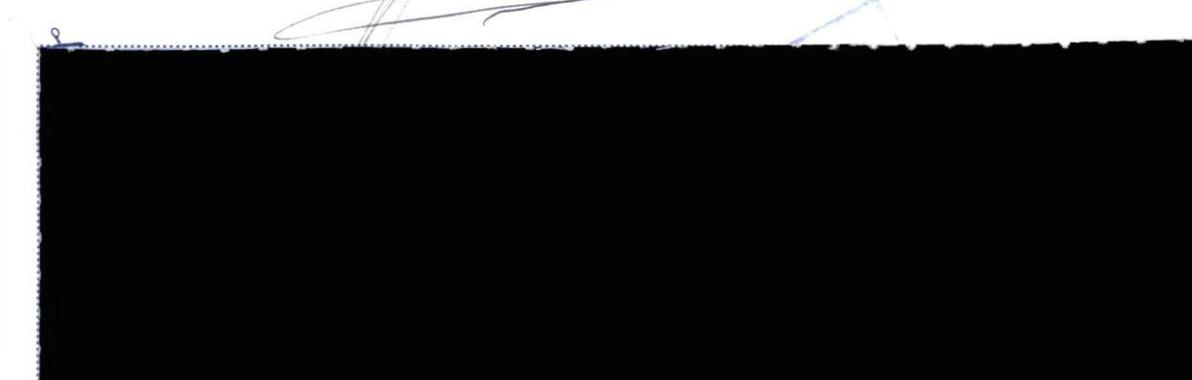
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



## 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
22/10/2012	TEL. ACTES		300,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HOPITAL CHEIKH KHALIFA Ordonnance FIRDAOUS GH26 ANN 249 N°1 OULFA CASABLANCA Tél : 05 22 93 17 73	02/06/21	1847.00

## 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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 Je traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				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 : 02/06/2027

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

nr ALANI CHANS IRANAL

437,00 x 4

1 - Jambes 50/1000

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

99,00 1 gr x 2 fl

2 - LD ver long

Ayslom.

1847,00

PHARMACIE HÔPITAL CHEIKH KHALIFA  
Ordonnance  
AL FIRDOS GH26 IMM 249 N°1  
KHALIFA CASABLANCA  
TÉL : 05 22 93 17 73

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur Assistant L'ASL de Casablanca  
Endocrinologie et maladies métaboliques  
091252210

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

LOT : 201346

UT AV : 09/2023

PPV : 99,00 DH

LOT N° :

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabi Casablanca • Maroc  
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma



02/06/21 16:00:59  
9900397754  
93977501  
HOP CHEIKH KHALIFA G2  
Casablanca

A0000000041010  
APP : MASTERCARD  
ALAMI CHAMS KAMAL  
510163xxxxxx1719  
CARTE NATIONALE  
1B4EBDBB95A4577D  
201-0-9999-1-55

MONTANT: 300,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 031  
NUM AUTORISATION: 773500  
STAN : 002575

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE COMMERCANT

## FACTURE

N° 64 542 / 2021 du 02/06/2021

Nom patient : ALAMI-CHAMS KAMAL

Entrée 02/06/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/06/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation d'endocrinologie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Encaissements					<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
						300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd  
 Chéikh 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 29 00 44 77  
 E-mail: contact@fckm.hck.ma  
 N°INP 090061867

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 21060215583828501 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100352507	ALAMI-CHAMS KAMAL	02/06/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	2575	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : IMA.JAF

