

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## 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, interventions 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.

## Biologie 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.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11890

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMDI HASNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0674456522 Total des frais engagés : 300 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

د. عادل المشاuchi  
المناذ مهند في طب العيون  
Pr. Adil MCHACHI  
Professeur Agrégé en Ophtalmologie

Date de consultation : 07 / 07 / 2021

Nom et prénom du malade : M<sup>r</sup> HAMDI Hasna Age : 43m

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 04 OCT. 2021

#### **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
01.01.2011	Hôpital Chérif Khallif Tel : 05 23 00 44 17 Fax : 05 23 00 44 17 Email : contact@ckm-hck.ma N°INP : 092061862		300,00	<i>Dr. M. A. Boussetta Professeur Agrégé en Ophtalmologie INP 091025718</i>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<i>INPE : 06 2074 810</i> <i>LA PHARMACIE REGIONALE</i> <i>Dr. SABATIER</i> <i>n° 94, lotissement</i> <i>Tél: 05 22 51 11 11</i>	07.07.81	75,70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

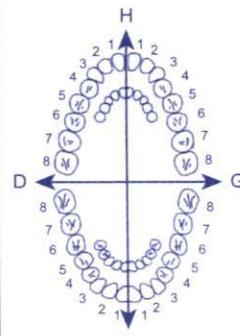
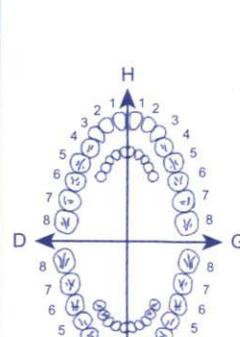
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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

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 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553
	H		G	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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 : 07/07/2011

M<sup>me</sup> Hamdi Hesna

75,70

4 Zaleng collige



1 g + 2 fl 031

x 1 ml

~~LA PHARMACIE REGIONALE~~  
Dr. Saadi BENJELLOUN  
Imme. 94, Lot NAITNA 4-DEROUA  
Tél: 05 22 52 47 07

د عائل امشنا  
استاذ موزع في  
Dr. Adil MCHACHI  
Professeur Agrégé en Ophtalmologie

1 NO 09 01 15 21

Ce médicament est destiné à être instillé dans l'œil (voie ophtalmique).

**'Avant la première utilisation**, éliminer les 5 premières gouttes.

**Et ensuite, à chaque fois que vous utilisez ce médicament :**

- ① Lavez-vous soigneusement les mains avant d'utiliser le médicament.
- ② Afin d'éviter toute contamination, ne pas toucher votre œil, vos paupières ou toute autre surface avec l'embout du flacon.
- ③ Instillez une goutte dans l'œil (ou les yeux), en regardant vers le haut et en tirant légèrement la paupière inférieure vers le bas.
- ④ Rebouchez le flacon après utilisation.

Si vous trouvez que les effets de ZALERG sont trop forts ou trop faibles, ou si vous ressentez des effets

membres de l'Espace Économique Européen sous les noms suivants :

Autriche, Bulgarie, Grèce, Italie, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie ..... ZABAK Danemark, Espagne, France, Suède ..... ZALERG Belgique, Luxembourg, Pays-Bas ..... ALTRIABAK

La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le 15 juillet 2010.

Date approbation Algérie : Mai 2016

Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site Internet de l'Ansm (France).

#### Liste II

- DE Algérie N° : 13/17B171/022
- Enreg. MA : n° 096/14 DMP/21/NNP
- Enreg. TN : n° 8443111



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 81 577 / 2021 du 07/07/2021

Nom patient : HAMDI HASNA

Entrée 07/07/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 07/07/2021

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

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

Ref Chq : BMCE / 9304706/

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 71  
E-mail: contact@idkm.hck.ma  
Av. Hassan II 990061862

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

CASABLANCA

**Reçu de caisse***MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID*

N° : 2107071405375260 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100368860	HAMDI HASNA	07/07/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BMCE / 9304706 Lui-même	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SAN.WAK

*Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid*  
Tel.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@ckm.tck.ma  
N°INP 090061862