

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ologie 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.

## ue :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ocation :

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.

## aire :

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.

## die 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9100** Société : **RAM**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **EL MOUDANI MOHAMMED**

Date de naissance : **09-12-65**

Adresse :

Tél. : **06 61 33 69 79** Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... *Hypertension*

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
05/10/2011	S		3000 Fr	Hôpital Universitaire de Paris - CHU Paris - Dr. P. L. G. M. - 12/10/2011

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/03/22	316.50

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

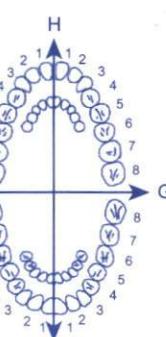
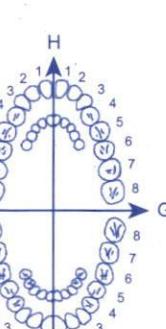
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	IV	
	03/03/22	2	0	0	0	250 DT

#### **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

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	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
D	00000000	G	35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS
B				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

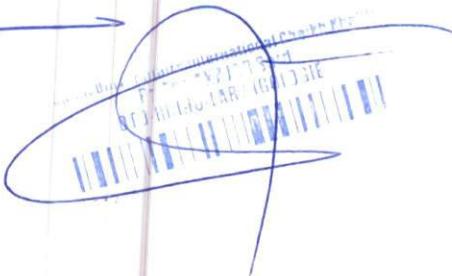
## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 03-03-22

Mr EL MOUDNI Mohammed  
71.3 ° + 

① Tanakan cp  
1 cp x 3 / J pdt 45 j

② Biogesic B6  
1 ep le soir pdt 1 week



71,30



71,30



71,30



71,30



71,30



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 03-03-22

Mr, Mme, Enfant : ....Anouane.....Mohammed

AUDIOMETRIE TONALE

IMPEDANCEMETRIE

PEA

MANŒUVRE LIBERATOIRE POUR VERTIGE

VNG

VHIT

VNS

POSTUROGRAPHIE

Renseignement

Clinique.....Alouphine.....

.....+ vertiges.....  
.....

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
ORL PHONO-LARYNGOLOGIE

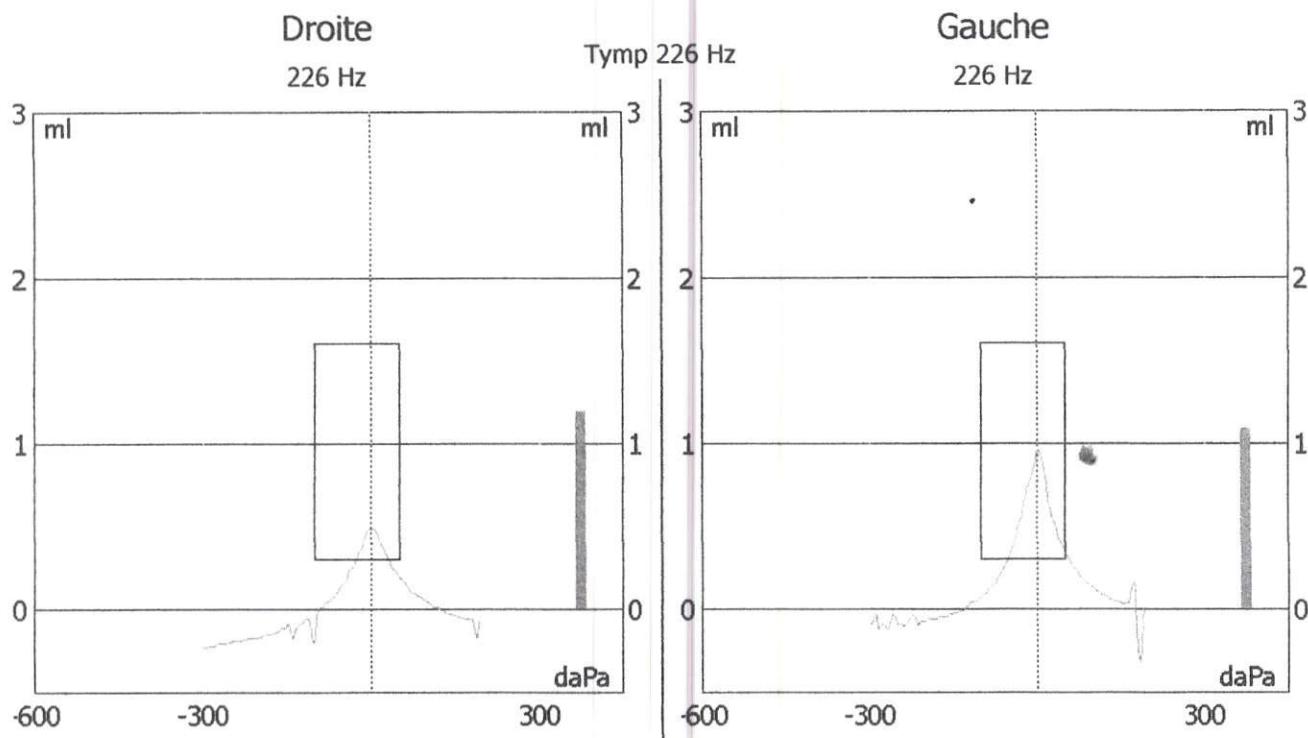
N Dossier:  
Nom de famille:  
Prénom:

**Interacoustics A/S**  
**Drejervænget 8**  
**5610 Assens**



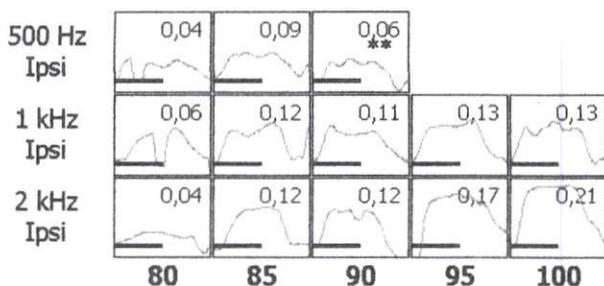
# Interacoustics

03/03/2022 11:01:08

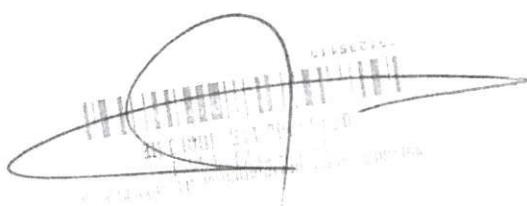


Volume (ml) 1,19 Pression (daPa) 5  
 Compliance (ml) 0,49 Gradient (daPa) 73

### Reflexe ipsi



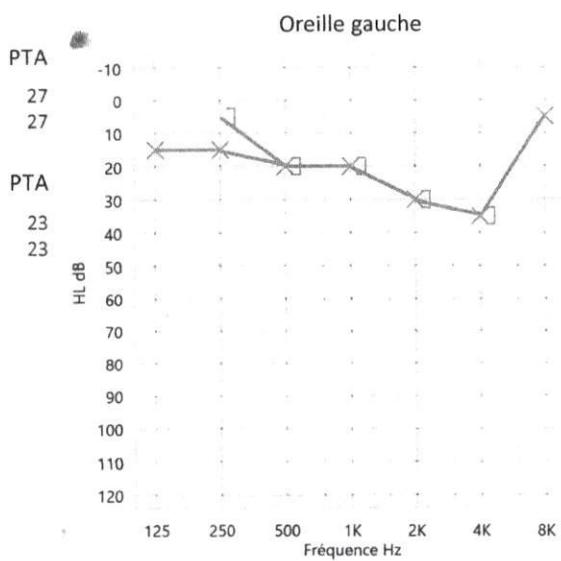
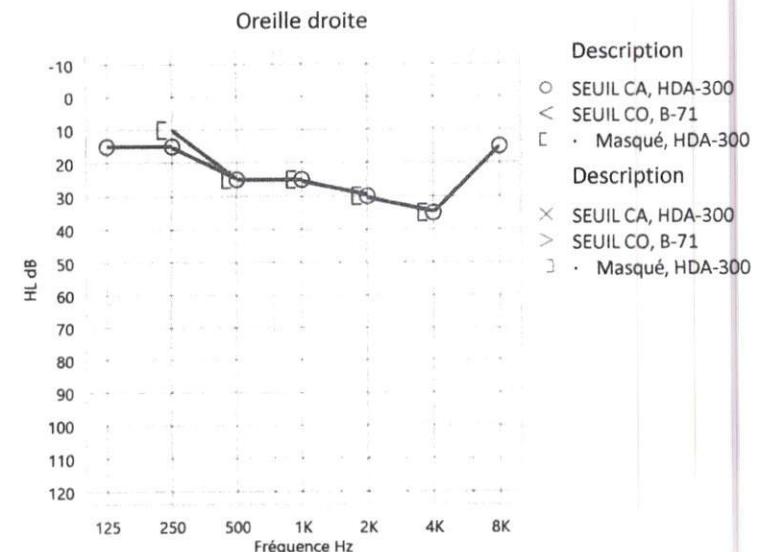
Impedimente normale



MOHAMMED EL MOUDNI

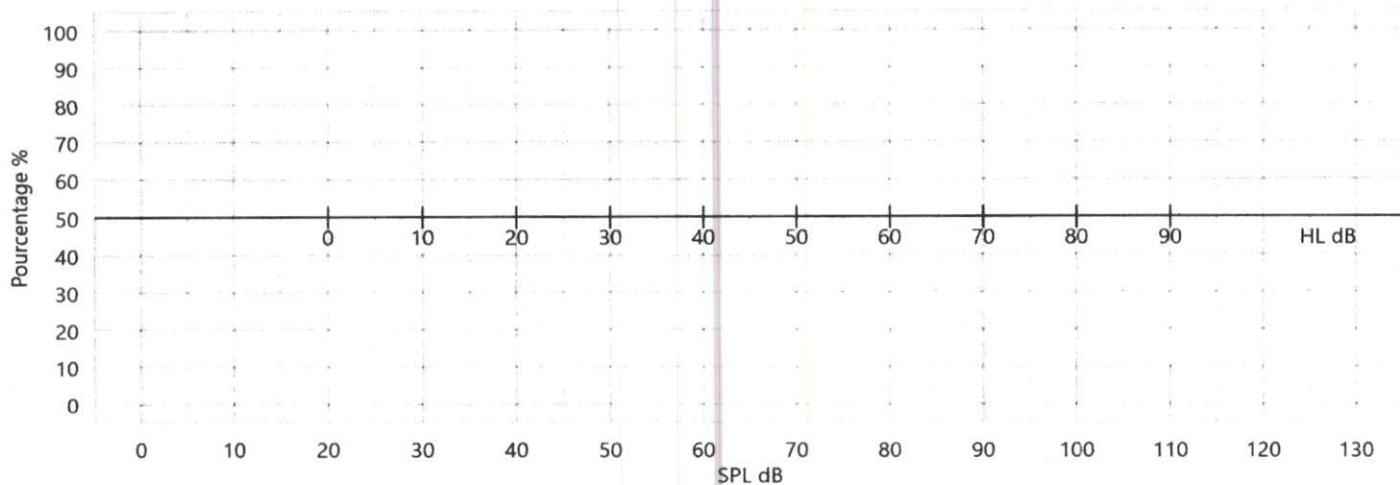
Num client: 0002203  
Date de naissance:  
Date: 03/03/2022  
Créé par: ABC

Audiogramme tonal pur: 03/03/2022



Notes:

Audiogramme vocal: 03/03/2022



Description

Notes:

Notes de rapport:

Surdité de perception bilatérale

$$\begin{cases} \text{OD} = 30 \text{ dB} \\ \text{OG} = 25 \text{ dB} \end{cases}$$

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

N° 26 928 / 2022 du 03/03/2022

Nom patient : **EL MOUDNI MOHAMMED**

Entrée 03/03/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 03/03/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
AUDIOMETRIE TONALE	1,00	F	500,00	500,00
IMPEDANCEMETRIE	1,00	F	250,00	250,00
			Sous-Total	750,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>750,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

**Total 750,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	750,00	750,00	0,00



## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2203031033447140 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200470593	EL MOUDNI MOHAMMED	03/03/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	004578	750,00
PAYANT	Total payé	750,00
SEPT CENT CINQUANTE DIR MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : FATAAT



CASABLANCA

## Reçu de caisse

Méd'HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 22030309241971401 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200470474	EL MOUDNI MOHAMMED	03/03/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	004572	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : FATAAT



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 26 815 / 2022 du 03/03/2022

Nom patient : **EL MOUDNI MOHAMMED**

Entrée 03/03/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 03/03/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
- Consultation ORL	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> <b>TROIS CENTS DIRHAMS</b>	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
El Jadida  
Tél: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026



CMI

03/03/22

10:32:05

9900397820

93978201

HOP CHEIKH KHALIFA G4  
Casablanca

A0000000G031010 -

APP : VISA

EL MOUDNI MOHAMED

xxxxxxxxxxxx3752

10/22 CARTE NATIONALE

58A5A8E35E12F827

621-0-95-39-1-44

MONTANT: 750,00 MAD

NUM TRANSACTION 007

NUM AUTORISATION 887714

STAN 004578

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

COPIE CLIENT



Credit Mutuel International

03/03/22

03:22:36

9900397820

93978201

HOP CHEIKH KHALIFA G4

Casablanca

A00000000031010

APP : V136

EL MOUDNI MOHAMED

xxxxxxxxxxxx3752

10/22 CARTE NATIONALE

D5EAAAAA06A232EC

621-0-9900-1-44

MONTANT : 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION : 871620

STAN : 004572

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT