

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.

Radiologie 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 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 : 5783 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MIFTA H. Mohamad

Date de naissance : 6 - 02 - 58

Adresse :

Tél. : 066.13.13.355 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/04/22

Nom et prénom du malade : MIFTA H. Mohamad Age : 62

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection digestive

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 : Cas 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/04/2022 | CS | | 93000 | |
| 23/04/2022 | CT | 6 | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE Rajaa Docteur en Pharmacie Avenue Hassan II - Casablanca - Tel: 05 22 52 24 | 23/04/22 | 532,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

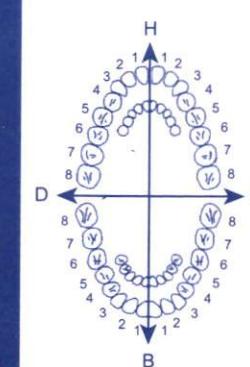
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| D | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding-bottom: 5px;">H</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right; padding-bottom: 5px;">25533412</td><td style="text-align: left; padding-bottom: 5px;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-bottom: 5px;">00000000</td><td style="text-align: left; padding-bottom: 5px;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-bottom: 5px;">00000000</td><td style="text-align: left; padding-bottom: 5px;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-bottom: 5px;">35533411</td><td style="text-align: left; padding-bottom: 5px;">11433553</td></tr> </tbody> </table> | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |
|----------|---|---|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| H | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | |



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

29/4/2022

1 - آتفاٹا

Mohamed

133,0^o x 4,

Bismartid Plus -

S.Y

2 jcl - 2/i

532,0^o

PHARMACIE JARDINS POLO
Rajaa SEKKAT
Docteur en Pharmacie

Avenue Atlantide, N° 102 Bis Polo
Casablanca - Tél : 05 22 52 74 00

Hôpital International Cheikh Khalifa
Dr. Nahil BENJELLOUN
Hépato-Gastro - Entérologue
Proctologie Médico - Chirurgicale

INNOC 14442402

LOT:2201014
FAB:01/2022
EXP:01/2025
PVC:133.00DH

L
Litho Type

LOT:2201011
FAB:01/2022
EXP:01/2025
PVC:133.00DH

L
Litho Type

LOT:2201011
FAB:01/2022
EXP:01/2025
PVC:133.00DH

L
Litho Type

LOT:2201011
FAB:01/2022
EXP:01/2025
PVC:133.00DH

L
Litho Type

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 29/04/2022

Numéro : 52 585



090061862

Nom patient : MIFTAH MOHAMED

Médecin : DR. BENJELLOUN NABIL
Hépato-gastro-entéro

2200495933

PAYANTS

| | Montant |
|--|---------|
| CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE | 300,00 |

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54
E-mail: contact@fcck.zm.hck.ma
N°IND 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse*MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID*

N° : 2204291456591072 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2200495933 | MIFTAH MOHAMED | 29/04/2022 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------------|-----------------------------|-------------|
| Chèque | AWB/ ATF 481700 Lui-même | 300,00 |
| PAYANT | Total payé | 300,00 |
| TROIS CENTS DIRHAMS | | |

Reçu établi par : SALMAH

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05299035345
Fax: 05299004477
E-mail: compta@fkmhd.ma
http://www.fkmhd.ma