

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 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

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.

M22- 0042921

146480

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 0406

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KABILY SADIA

Date de naissance :

01/01/1940

Adresse :

Tél. : 0697678607

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 :

Affection Pathologie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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
20.12.22	08		30	Dr. Nabil BENI-CHIRI Hépato-Gastro - Endocrinologie Médecine Médico - Chirurgie NIDF: 1111111111111111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PRINCIPALE D'EROUA sat au Bloc U N° 1 Daroua Tel: 05 22 53 20 83	12/12/22	247.90

ON 204916
NIPÉ

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
		AM	PC	IM	IV	

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.

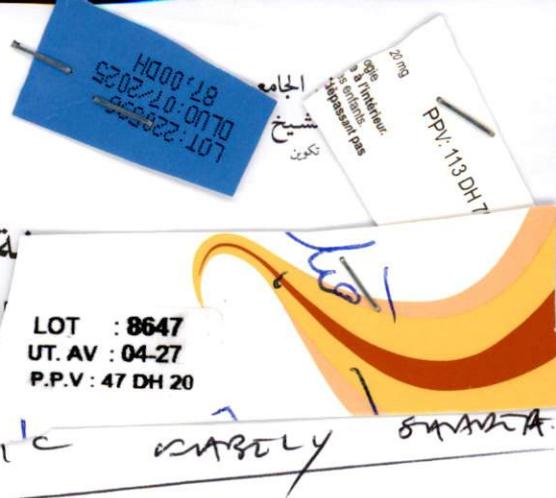
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
MONTANTS DES SOINS	Coefficient des Travaux			
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE



طة طبية

Ordon

Casablanca, le :

2/12/2022

LOT : 8647
UT. AV : 04-27
P.P.V : 47 DH 20

113.70

1/ Ranci phen 2g SV
2g/1l p. - dt 1/2 2
n le p. dt 1/2

47.20

Trime d'at
2 p. - 3/1

87.00

Reclini 3g 200 - SV
2 p. 1l p. - dt

47.90

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
sarl au
Bloc U N° 1 Daroua
Tél : 05 22 53 20 83

Hôpital Dr. N. el BENJELLOUN
Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Hépato-Gastro - Entérologue
Proctologie Médico - Chirurgicale
INPE: 111118402

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 20/12/2022
Numéro : 168 264


090061862

Nom patient : KABILY SAADIA

Médecin : DR. BENJELLOUN NABIL
Hépato-gastro-entéro

2200611106

PAYANTS

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

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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Email: Genie@chd.mhd.ma
Tél: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 221220170237SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200611106	KABILY SAADIA	20/12/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	015391	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : SALMAH

Reçu établi par : SALMAH
Date : 20/12/2022
Numéro de caisse : 203547
Frais : 0,00
Montant total : 300,00
Signature : SALMAH



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
Casablanca - Maroc - Département

20/12/22

16:36:29

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA**

A0000000031010

VISA

HILAL ABDELFATTAH

439375*****9034

01/23 CARTE NATIONALE

201-0-0000-1-44

Num Commerçant 7220064

Num TPE 08173637

Num Transaction 000018

Num Autorisation 101177

Num STAN 015391

MONTANT : 300,00 MAD

DEBIT

Copie client

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74