

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

- 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.



Declaration de Maladie

N° W21-775807

247328

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8784

Société : RAM.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MERZAK RACHID.

Date de naissance : 25/05/1969.

Adresse :

Tél. : 0642 112246.

Total des frais engagés : #384,00 DHS.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Hôpital Universitaire International Sheikh Khalifa
Docteur Meryem DRISSE OUDGHIRI
Endocrinologie

Date de consultation : 12/12/2022

Nom et prénom du malade : M^r MERZAK Rachid Age : 53

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa

Le : 21/12/22

Signature de l'adhérent(e)

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/12/2022 | Chèque | 53 | 300000 | INP : 09 00 67 06 62 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

12/12/2022

84

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

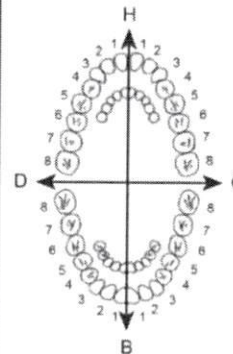
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



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 | | G |
| 00000000 | 00000000 | |
| 35533411 | 11433553 | |
| | B | |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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'EXE

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 12.12.2022.

M^r MERZAK Rachid.

28,00 → 3
Glucophage 100 mg.

1cp le Matin au milieu
du repos

84,00

PHARMACE TILIA
Voie d'Aménagement H H 47 M H
Hay Layhouna - Hay Hassani
Tél : 022 93 86 84 - Fax : 022 93 87 16

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Docteur Mervem DRISSI OUDGHIN
Endocrinologie
090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 12/12/2017

Quittance - Paiement espèces

733774

IPP :

N° D'admission : Montant : 3000

Patient : NGRAK RACHID



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 164 198 / 2022 du 12/12/2022

Nom patient : **MERZAK RACHID**

Entrée 12/12/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 12/12/2022

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-------------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| CONSULTATION D'ENDOCRINOLOGIE | 1,00 | | 300,00 | 300,00 |
| | | | Sous-Total | 300,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 300,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

| Encaissements | | | | | Total encaissé | Solde |
|---------------|--|--|--|--|----------------|--------|
| | | | | | | 300,00 |

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 03 44 77
 E-mail : contact@ckim.hck.ma
 N°INP 090061862