

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2572 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : FEWATI BIJABID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 067HUS6542 Total des frais engagés : 501.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/03/2023

Nom et prénom du malade : MOUKITRIE NAJAT Age :

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : **ALD** **ALC** Pathologie :

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 Respect des Actes
01/10/2023		9	800.00	Hôpital Universitaire International CHACHA Professeur MACHAMBA Chirurgien
2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PRINCIPALE FERIA sary au BLOC U 111 paroua Biel : 05 22 53 20 83 0049176	01/07/2023	201.10

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
		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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A 10x10 grid with numbered circles (1-8) and arrows indicating movement. The grid is bounded by arrows at the top, bottom, left, and right. The numbers are arranged in a pattern: top row (H) has 1, 2, 1, 2; second row has 3, 2, 1, 2; third row has 4, 5, 6, 1/2; fourth row has 5, 6, 7, 1/2; fifth row has 6, 7, 8, 1/2; sixth row has 7, 8, 9, 1/2; seventh row has 8, 9, 10, 1/2; eighth row has 9, 10, 11, 1/2; ninth row has 10, 11, 12, 1/2; bottom row (B) has 11, 12, 13, 1/2. Arrows indicate movement: top arrow points up, bottom arrow points down, left arrow points left, and right arrow points right. Some circles contain additional symbols like 'Y' or 'H'.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

3 662042 003295

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH

Casablanca, le :

01/03/23

Ordonnance

Mme MOUKHRIF
NAJAT

$$147.00 \times 2$$

14 Théâtre

1 gtt x 3/j pott 2 mi

54.10

2) Carsbaak

21

R₂

X3) 1 jette à 6/j pour 6 mois

12

31 ~~La cymose~~

201.10.1 App

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

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
 Professeur MCHADI ADIL
 Orthodontiste

18
572501098

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

CASABLANCA

Reçu de caisse*MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID*

N° : 2303011546581910 : / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300647943	MOUKHRIF NAJAT	01/03/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	12000	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MIS.CHE



BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2300647943
Nom patient	MOUKHRIF NAJAT
Médecin	PR. MCHACHI ADIL
Motif	CONSULTATION D'OPHTA
Encaissement	0,00

Visa accueil

SOF. OUB 15:41

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Nº 31 199 / 2023 du 01/03/2023

Nom patient : MOUKHRIF NAJAT

Entrée 01/03/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 01/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
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

05 29 03 83 45
Fax : 05 29 00 44 77
Email : contact@fclm.hck.m2
NINP 090061862



مركز التحديدات

01/03/23 15:17:23
9900397747
93977401
HOP CHEIKH KHALIFA G1
Casablanca

A0000000031010
APP : Visa
HAMDI / HASN.
xxxxxxxxxxxxx1151
05/26 CARTE NATIONALE
F97127076D4156B9
620-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 005
NUM AUTORISATION: 001627
STAN : 012000

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT