

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.

Cadre réservé à l'adhérent(e)

| | | | |
|--------------------------------|--|--|--|
| Matricule : | 00854 | Société : | RAM |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : | | TOURAQ Nohammed | |
| Date de naissance : | | 05/01/70 | |
| Adresse : | | 101 Rue Al Aissar Ben Sulhau Casablanca 20130 | |
| Tél. : | | 066.188.56.21 | Total des frais engagés : 1.064.00 Dhs |

Cadre réservé au Médecin

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin : |  <p>Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Pr EL IDRISI LAMGHARI ABDENNACEUR Gastro-enterologie endoscopie digestive interventionnelle 01106920</p> | | |
| Date de consultation : | 13 | / | 2023 |
| Nom et prénom du malade : | TOURAQ Nohammed Age: | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | Anémie / Douleurs ABD. | | |
| 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant les soins et les Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 13-12-93 | CS | 3.8 | 3.90 | Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Pr. EL IDRISI LAMHAR ABBEY Gestion entièrement en ligne via notre plateforme digitale 10-10-920 |
| 21-12-93 | CS | 19 | \$300 | El IDRISI LAMHAR ABBEY |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE DR. A. Zakaria Hassan Docteur en Chimie Doctorat d'état en Pharmacie Angle Bd du 11 Janvier et Mustapha Médi - CASABLANCA Tél : 0522.22.49.15 - Fax : 0522.20.92.87 E-mail : elidriselamgha@ctph.ma | 21/12/2023 | 464,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| | 21/12/2023 | | |

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 |
|--|---|----------------------|-------------|---|
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | Coefficient des Travaux |
| | H | 25533412 00000000 | G | 21433552 00000000 |
| | D | 00000000 35533411 | B | 00000000 11433553 |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | 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'EXECUTION |

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

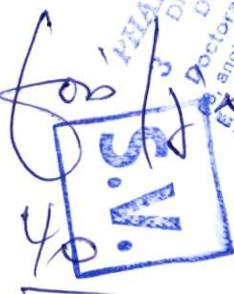
21/03/23

Touraq Nohammed

(1) Pyletra

216,00x2

3 Sp x 4 for



(2) E47ol: 40

1 gel x 8/j x 10j

Pai

1gel/j x 10j

32,80

(3) Perydis

1g x 2/j



Adresse : Boulevard Mohammed Taïeb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

464,80

LOT : 2558
PER : 08-25
P.P.V : 216 DH 00

LOT : 2558
PER : 08-25
P.P.V : 216 DH 00

32,80
LOT : 2558
PER : 08-25
P.P.V : 216 DH 00

Date : 13/02/2013

Quittance - Paiement espèces 0748376

IPP :

N° D'admission : 2300 638 280 Montant : 300DA

Patient : Tousfa Q Maledj

Payé par : lui-même

Cachet



PATIENT: TOURAO MOHAMMED

*Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel.: 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@fckm-hck.ma
 N°INP : 090000002*

Casablanca, le lundi 13 février 2023

Fibro-coloscopie

Anémie

Douleurs récidivantes de l'hypochondre gauche

Dyspepsie++

Prolapsus hémorroïdaire +/- constipation

Appendicectomie et Tuberculose ganglionnaire dans l'enfance

*Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa.
 Prof. A. EL IDRISI LANGHARI ABDEHACEP
 Gastro-entérologue
 Endoscopie Digestive Interventionnelle
 Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 GSMD 212 6 55 65 59 59
 E-mail : elidrissilanghari@fckm-hck.ma*

Cachet et signature :

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 24/02/2023
Numéro : 28 412



090061862

Nom patient : TOURAQ MOHAMMED

Médecin : PR. ZIDOUH SAAD
Anesthésie-Réanimat.

2300645150

PAYANTS

| | Montant |
|-------------------------------|---------|
| CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE | 300,00 |

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 13/02/2023
Numéro : 21 528



090061862

Nom patient : TOURAQ MOHAMMED

Médecin : PR. EL IDRISI LAMGHARI ABDENNACEUF
Hépato-gastro-entéro

2300638280

PAYANTS

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

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

*Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026
Fax: 05 29 03 53 44 77*