

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

- 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.

Ag 11 36

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0601

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ANOUN ABDELLAÏ

Date de naissance : 1-1-1947

Adresse : 108 Rue Fesik Allal Hay Errachidia

casablanca

Tél. : 076.86.56.29

Total des frais engagés :

300.04 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/12/97

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : CPA

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
07/01/2012	CS		300\$H	<i>✓ Dr. Chevalier Anesthésiste Date: 02/02/2012</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 12x12 grid of nodes, each containing a number from 1 to 8. The nodes are arranged in a specific pattern: the top row has nodes 1, 2, 1, 2, 3, 4, 3, 4, 5, 6, 5, 6; the second row has nodes 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7; the third row has nodes 7, 8, 9, 10, 11, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6; and the bottom row has nodes 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 11, 10, 9, 8, 7. A central node is labeled 'H'. Four arrows point outwards from the center: a top arrow pointing up labeled 'D' (left), a bottom arrow pointing down labeled 'B' (left), a left arrow pointing left labeled 'G' (top), and a right arrow pointing right labeled 'A' (top).

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

8/2/24

Abdeljalil
Anas

Vape
CPA



Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 24010910010160801 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400809303	ANOUN ABDELALI	09/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	30106	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : HAN.ZIT

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : **4152 / 2024** du **09/01/2024**

Nom patient	ANOUN ABDELALI	Entrée	09/01/2024
	PAYANTS	Sortie	09/01/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE	1,00		300,00	300,00
Total Clinique				300,00

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@chekhield.ma
N°INP 090.061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SANTÉ FORMATION RECHERCHE

09/01/24

09:59:04

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA**

432

401713*****8504

11/24 CARTE NATIONALE

221-0-0-44

Num Commerçant	2220064
Num TPE	08170033
Num Transaction	000002
Num Autorisation	575334
Num STAN	030106

MONTANT : 300,00 MAD

DEBIT
Copie client



DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74