

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.

M23-0024835
193948

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3450 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL KHATIBI Driss

Date de naissance : 17-5-1954

Adresse : 57, Rue Soudaya Hay Al Maghrib El Jadid Bencheikh

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHEHBI Soumaya Age : 31-1-1959

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : N° chehbi Soumaya

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : fracture de radio

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	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18				
21				
24				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Tél : 04 21 21 00 66 E-mail : www.hck-france.fr SocG 1262	18/01/24	Rapport dentaire	180,0000

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
B	
G	

[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 :

28/1/2024

— N° chahbi Samira

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66
F. fax : (+212) 0529 00 44 67

Pr du port dt 25/2/2024

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Pr HAYDOUNI MOHAMED
Professeur d'Orthopédie-Traumatologie
F. fax : (+212) 0529 00 44 67
0529 00 44 68

CASABLANCA, le 18/01/2024

PATIENT : CHEHBI SOUMAYA

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Poignet F+P**

IPP : **H0123038839**
DATE NAISSANCE : **31/01/1959**
NUMERO DOSSIER : **2400814339**

Rx POIGNET DROIT FACE ET PROFIL

Contrôle sous plâtre d'une fracture de l'extrémité distale du radius et d'une fracture de la styloïde cubitale en cours de consolidation.

Interligne articulaire respectée.

Surfaces articulaires régulières.

Absence de calcifications des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr LAFHEL Sarah – Dr Meliani.k**

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Doctor HAFSA HABI
Racolage
090061602

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,
BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fckm.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 9 159 / 2024 du 18/01/2024

Nom patient : **CHEHBI SOUMAYA**

Entrée 18/01/2024

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 18/01/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DU POIGNET DE FACE ET DE PR	1,00		180,00 Sous-Total	180,00 180,00
Total Frais Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS		Total 180,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			180,00		180,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66
E-mail : www.hckf.tn

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 24011811064586801 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400814339	CHEHBI SOUMAYA	18/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	09713	180,00
PAYANT	Total payé	180,00
CENT QUATRE-VINGTS DIRHMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : BRIDEH

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél. : (0212) 3529 00 44 66
Service radiologie
E-mail : serviceradiologie@hckz.ma