

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.

M22- 0051489

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3535

Société : RAY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SALIH AHMED

901316

Date de naissance : 11/04/17

Adresse :

Tél. : 06.66.81.22.17 Total des frais engagés : 874,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Ben ABBIGHAR Khayra Age : 60

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rechutement

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 : 04/03/2021

Le : 21/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

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
20/10/2024	Acte		81,300	Dr. Nejka Khatib Dr. Asmaa LAA Urgentiste
11/11/2024	Acte	U6976	124	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Nejka Khatib Dr. Asmaa LAA Urgentiste 13, Avenue B Hay El Moknaki Drissi TE: 0522852225	20/10/2024	CC 55

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

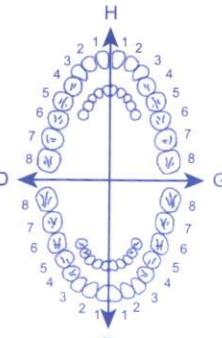
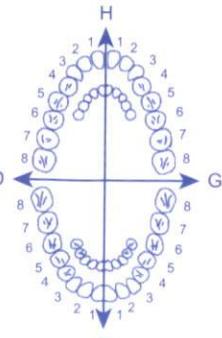
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux												
																
																
<h3>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</h3> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				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'EXECUTION



2400852011 / H0119001548

Prénom : KHADIJA EP SALIH

Nom : BEN AMGHAR

DDN : 10/03/1964 E: 20/03/2024

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

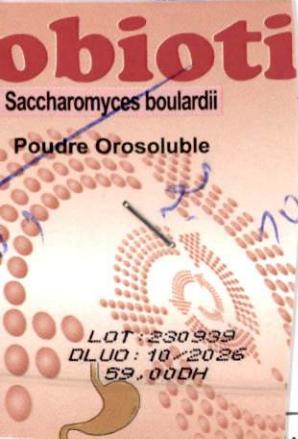
Sexe: F

Casablanca, le :

- Anticr 20mg

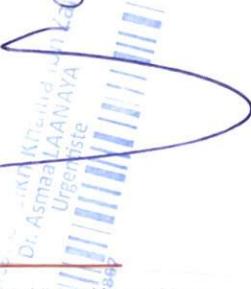
10

1 gel x 2f plt 4 jrs



- Probiot's :

1 gel x plt 10 jrs





Date : 21/03/2016

Quittance - Paiement espèces 0867016

IPP :

N° D'admission : 0867016 **Montant :** 11,30 MA

Patient : Ben Azafran Khadija

Payé par : Elle

Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 21/03/2011

Quittance - Paiement espèces 0867017

IPP :

N° D'admission : 2400762011 Montant : 8000000

Patient : Bkr Amghar Hladija

Payé par :

Cachet

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 46776 / 2024 du 21/03/2024

Nom patient	BEN AMGHAR KHADIJA EP SALIH	Entrée	20/03/2024
	PAYANTS	Sortie	21/03/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0420	504,00	504,00
			<i>Sous-Total</i>	804,00
PHARMACIE	1,00		11,30	11,30
			<i>Sous-Total</i>	11,30
Total Clinique				815,30

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
HUIT CENT QUINZE DIRHAMS TRENTE CENTIMES		Total
		815,30

101539 03 53 45
101529 00 44 77
TAX 101529 00 44 77
call: contract@hikma
VIM 101529 00 44 77

DECOMPTE PHARMACIE

2400852011

Nom patient :BEN AMGHAR KHADIJA EP SALI

Date sortie : 21/03/2024

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
BANDELETTE ET LANCETTE DE GLYCEMIE	1	3,77	3,77
COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1	1,44	1,44
FLACON POUR URINE ECBU 60ML	1	2,34	2,34
INTRANULE G 20	1	1,61	1,61
SERINGUE 10ML	2	0,94	1,88
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,26	0,26
Sous-Total consommable médical			11,30
Total pharmacie			11,30

PRESTATIONS DISPENSEES AU PATIEN

2239702

2400852011

21/03/2024

00:36

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
20/03/2024	2400852011	LIMS	Créatinine sanguine	1	1,20	36,00
20/03/2024	2400852011	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
20/03/2024	2400852011	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
20/03/2024	2400852011	LIMS	Taux de Prothrombine (TP) +INR	1	1,20	48,00
20/03/2024	2400852011	LIMS	Temps de céphaline active	1	1,20	48,00
20/03/2024	2400852011	LIMS	Transaminases SGOT/ASAT	1	1,20	60,00
20/03/2024	2400852011	LIMS	Transaminases SGPT/ALAT.	1	1,20	60,00
20/03/2024	2400852011	LIMS	Urée	1	1,20	36,00
					Total	504,00

Topline
 Tel: 05 42 03 53 45
 Fax: 02 29 60 44 77
 E-mail: contact@hcckm.ma
 Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 20000 Casablanca
 Maroc

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **BEN AMGHAR KHADIJA EP SALIE**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **NOUSSAIR MUSTAPHA**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **20/03/2024**

Date sortie **21/03/2024 01:27**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : MOH.RHO 21/03/2024 00:37 2400852011

Signature