

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 22250			
Matricule : 12652	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : LEMDILKI DOUINA			
Date de naissance : 20/06/1988			
Adresse : 4721 Prestige TATARUS DAR BOUZA 27A			
Tél. : 066 179 47 27	Total des frais engagés : 3652145	Dhs	

Cadre réservé au Médecin	<i>Hôpital Cheikh Khallfa Ibn Zaid</i> <i>Hôpital Universitaire International Cheikh Ibn Zaid</i> <i>Gynécologie Obstétrique</i> <i>05 22 20 44 77</i>		
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<i>22 Fév 2020</i>		
Nom et prénom du malade :	<i>Mr LEMDILKI Douina</i>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<i>Caillotage Post-natal</i>		
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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : CASA PRIMA	Le : 26/02/2020		
Signature de l'adhérente(e) ACCUEIL			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

N° des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05 29 03 53 45 Fax : 05 29 00 44 77 Email : contact@ckm.hck.ma. NINP : 090061862	Zaid		300 Dhs	<i>Hôpital Cheikh Khalifa - Dr Zaid Bouzitiani Analgécologie obstétrique</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARMACIE AQUAPARC MEDKOURI CHADLY Ghizlane</i> DU BOURZOU 14 BOURZOU 06 22 29 00 11	22/11/19	65,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

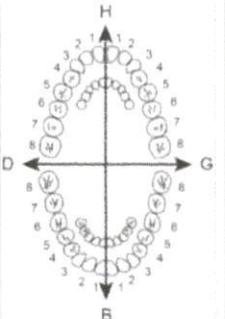
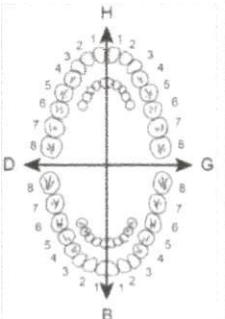
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

 <p style="text-align: center;">O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p style="text-align: center;">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> 	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p style="text-align: center;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p style="text-align: center;">MONTANTS DES SOINS</p> <p style="text-align: center;">DEBUT D'EXECUTION</p> <p style="text-align: center;">FIN D'EXECUTION</p> <p style="text-align: center;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p style="text-align: center;">MONTANTS DES SOINS</p> <p style="text-align: center;">DATE DU DEVIS</p> <p style="text-align: center;">DATE DE L'EXECUTION</p> <p style="text-align: center;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p style="text-align: center;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>
H	G														
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
B															

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 22/11/25

Mme khalid kh. Dounia :

$32,50 \times 2$
1). Dispense oree : 

1 gélule x 2, - 12,-

2 gélule / ; - 13,-

1 gélule / ; - 13,-

65,--

PHARMACIE AQUA PARC
MEDKOURI
CHARBET D'HZIANE
Dar Bouazza 14 Douar Lahlifa
Tél 05 22 29 00 11
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
BOUZYANE Amal
Gynécologie Obstétrique

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 143.531 / 2019 du 22/11/2019

Nom patient : LEMDILKI DOUNIA

Entrée 22/11/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 22/11/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de gynécologie-obstétriqu	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			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hek.ma
N°INP 090061862