

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Education :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie Dentaire Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

27 36

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : EL HOUSSÉ MALIKA Naeve Bensini

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 1434,56 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/03/2020

Nom et prénom du malade : EL HOUSSÉ Naeve Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Naeve Nacelle

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 le Paiement des Actes
06/03/2020		68	300000	Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Dr REHOUFI Dr HASSAN Professeur Assistant en Neurochirurgie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6/03/20	1134,56

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

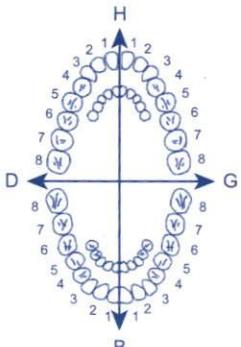
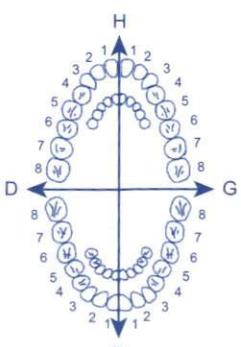
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 radiologique.

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(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

49,40

49,40

49,40

المستشفى الجامعي
الدولي الشیخ خلیل
تکون علاج

49,40

49,40

49,40

49,40

Casablanca, le vendredi 6 mars 2020

PPV: 143DH60
PER: 10/22
LOT: 12/08-22

Ordonnance médicale

PATIENT : EL HOUSSE Malika

TRAITEMENT :

1-VITANEVRIL FORT COMPRIMÉ DRAGÉIFIÉ BOÎTE DE 30 par VOIE ORALE

1 comprimé à 08h, 1 comprimé à 14h, 1 comprimé à 22h pendant 30 jour(s)

2-EPYCA 75 mg, Gélule Boîte de 56 par VOIE ORALE

1 gélule Matin, 1 gélule Soir, pendant 90 jour(s)

3-DOLICOX 60 MG, CPR par VOIE ORALE

1 comprimé Couche pendant 15 jour(s)

Apres repas

4-CODOLIPRANE 400 MG / 20 MG COMPRIMÉ SÉCABLE BOITE DE 16 par VOIE ORALE

2 comprimé(s) à 08h, 2 comprimé(s) à 14h, 2 comprimé(s) à 22h pendant 30 jour(s)

5-COLTRAX COMPRIMÉ 4 MG 12 par VOIE ORALE

1 comprimé à 08h, 1 comprimé à 14h, 1 comprimé à 22h pendant 30 jour(s)

6-PRAZOL 20 MG Gélule (28) par VOIE ORALE

1 comprimé Couche pendant 28 jour(s)

Cachet et

Prof. Assistant RGHIC

PPV: 96DH00
PER: 03/22
LOT: 12975-2

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 31 980 / 2020 du 06/03/2020

Nom patient : **EL HOUSSE MALIKA**

Entrée 06/03/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 06/03/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de neurochirurgie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

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

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	300,00				300,00	0,00

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 090061862

Date : 06/03/2023

Quittance - Paiement espèces

047001

IPP :

N° D'admission : **Montant :** 300,00
Patient : A. MOUSSA MAMADOU

