

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-513611

82230

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

12524

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KHATIR KHATIR YOUSSEF

Date de naissance :

10/06/1986

Adresse :

CAS1

Tél. :

0662040940

Total des frais engagés :

571

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 8211/2020

Nom et prénom du malade : KHATIR KHATIR YOUSSEF Age: 32 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection portant sur la vue

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 l'clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca, le 11/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : KHATIR KHATIR YOUSSEF

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
22-01-2020 CS			300.00	INP : <u>1111111111111111</u> Pr. TAHIRI Moulay el hassan Proctologie medico-chirurgicale Chirurgie Viscerale <u>Couff</u>

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Pyramides Dr. Elmoustapha CHANDAF 6, Bis Bd. Abderrahim Bouabid - Casablanca Tel: 0522 99 26 52 - Casablanca INPE: 092049451 - ICE: 00207206600035	22/01/20	2711.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

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	INP :										
				<input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				<input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS										
				<input type="text"/>										
				DEBUT D'EXÉCUTION										
				<input type="text"/>										
				FIN D'EXÉCUTION										
				<input type="text"/>										
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>2142.1552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>1142.1553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			H	2142.1552	00000000	00000000	D	00000000	00000000	1142.1553	B		<input type="text"/>
H	2142.1552													
00000000	00000000													
D	00000000													
00000000	1142.1553													
B														
				MONTANTS DES SOINS										
				<input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS										
				<input type="text"/>										
				DATE DE L'EXÉCUTION										
				<input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Casablanca, le mercredi 22 janvier 2020

Ordonnance médicale

PATIENT : KHALKHAL YOUSSEF

TRAITEMENT :

19,30 x 2



1-TITANOREINE Suppositoire Boîte par VOIE RECTALE

1 suppositoire à 08h, 1 suppositoire à 20h pendant 7 jour(s)
un suppositoire enrobé de crème

16,00

2-TITANOREINE à la lidocaïne 2% Crème T/20 [CARRAGHENATES, DIOXYDE DE TITANE] par VOIE CUTANÉE

1 application à 08h, 1 application à 20h pendant 7 jour(s)



122,70

3-DAFLON 500 MG COMPRIMÉ PELLICULÉ BOITE DE 3 [FLAVONOÏDES MICRONISÉS] par VOIE ORALE

1 comprimé à 08h, 1 comprimé à 20h pendant 7 jour(s)

63,90

4) 30 mg x 160 / 7j

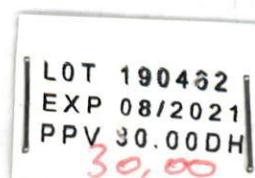
1j

39,00

5) vers le mg / 7j

1j

29,11,20



Cachet et signature :

Pr Tahiri Moulay El Hassan

63,90

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 10 111 / 2020 du 22/01/2020

Nom patient : KHALKHAL YOUSSEF

Entrée 22/01/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 22/01/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation d'hépato-gastro-entérolog	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						Total encaissé	Solde
							300,00

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