

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0027654

28518

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *714* Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : *SKALI FAROUK*

Date de naissance : *1946*

Adresse : *Residence EL HAYD-FARAH SALAM*

Tél. *0644 2824 98* Total des frais engagés : *439,80* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

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

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-027654

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : *439,80*

Date de dépôt :

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.

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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com

Mise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

S : 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

RELEVÉ 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
02/06/20	PCS, ECG		350DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

02/06/20 89,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

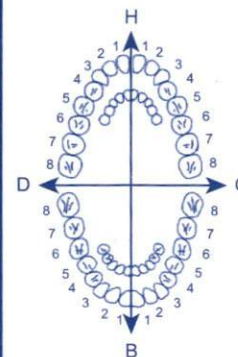
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

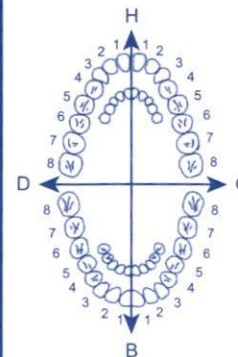
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'



وصفة طبية
Ordonnance

02/06/2020

Casablanca, le :

Mr Skalli Farouk

1) RPS + Activité physique
régulière **S.V**

35,70

2) Kardegic 160 g
1 s bje **S.V**

54,10

3) Cordensil 95 g
1 s bje - actin

4) Tolox 10 g
1 s bje soir

LOT : 20E008
PER: 07/2021

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



Cardensil® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

= 89,80.

Hôpital universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. A. EL HACHIMI
Casablanca

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

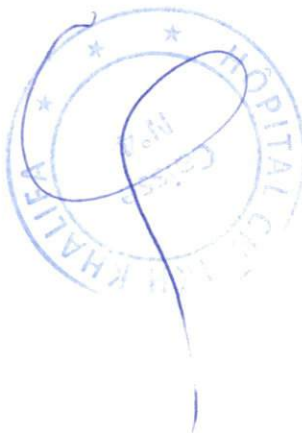
N° 2006029833433400 / 1 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000212098	SKALI FAROUK	02/06/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	13236	350,00
PAYANT	Total payé	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : MIS.CHE



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 50 054 / 2020 du 02/06/2020

Nom patient : SKALI FAROUK

Entrée 02/06/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/06/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation avec électrocardiogramme	1,00		350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
Total Frais Clinique				350,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total 350,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	350,00	350,00	0,00



Id :
Farouq, Skali
Indéfini --- (---) Indéfini
Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

02/06/2020 09:19:15

FC: 74 bpm
PR: 178 ms
QRS: 152 ms
QT/QTcH: 410/435 ms
QTcB: 455 ms
QTcF: 440 ms

Rv5-v6/Sv1 : 0.19/--- mV
Sok-Lyon : 0.19 mV
Axe: 74/33/-55 °

Rythme sinusal
--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexe du patient ---
Bloc de branche gauche
ECG anormal

RAPPORT NON CONFIRMÉ

Méd. :
Technicien :
Commentaires :

Normal sinus rhythm
Chien Khali
Consultation Cardiologie



Centre
Monétique
Interbancaire

02/06/20 09:30:48

9900398026

93980201

HCP CHEIKH KHALIFA G10

Casablanca

AC0000000032010

AEP : VISA ELECTRON

SKALIL/FAROUK MR

xxxxxxxxxxxxx8295

12/20 CARTE NATIONALE

C7200EC642A45313

626-0-9999-1-44

MONTANT: 350,00 MAD

NLM TRANSACTION : C04

NLM AUTORISATION : CT0407

SIAN : C13236

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT