

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



N° W19-548061

ND: 36136

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6220

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BÉNAYAIS NAJDA

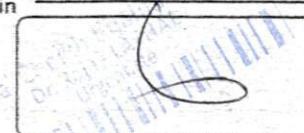
Date de naissance : 12/05/62

Adresse : 8 RUE ABIR EL OCAFA OULFA CASA

Tél. : 0661325795 Total des frais engagés : 587,74

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ABRIEN BOUAMIDA Age : 23

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Entérocolite d'
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Entrée à la maison de la maison

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential à l'até médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 06/07/20

Signature de l'adhérent(e) :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 bil

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'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H D G B	25533412 00000000 00000000 36533411	21433552 00000000 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Coller Etiquette De BAF



2000223356 / H0120016296

Prénom : MERIEM

Nom : BELLAKHDAR

DDN : 12/02/1997 E: 03/07/2020

Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

BILAN

RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : M F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

.....
.....
.....

• RADIO STANDARD : cheville droite

 FACE PROFIL

.....

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

 Avec injection Sans injection

Créat :

BHCG : Positive négative

• IRM :

 Pacemaker Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des urgences

Casablanca , le 03/07/2020

PATIENT : BELLAKHDAR MERIEM

Rx CHEVILLE F/P

Minéralisation osseuse normale.

Interligne articulaire respectée.

Surfaces articulaires régulières.

Absence de calcifications des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé: **Dr IBRAHIMI**

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 62 111 / 2020 du 03/07/2020

Nom patient : **BELLAKHDAR MERIEM**

Entrée 03/07/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 03/07/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
- Radiographie de la cheville sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographique supplémentaire	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	530,00
PHARMACIE				
	1,00		57,74	57,74
			Sous-Total	57,74
Total Frais Clinique				587,74

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENT QUATRE-VINGT-SEPT DIRHAMS SOIXANTE-QUATORZE CENTIMES

Total 587,74

Encaissements						Total encaissé	Solde
							587,74

05 29 03 53 45
E-mail: contact@tkm.ma
Fax: 05 22 89 28 54
N°INP 090061862
Hospital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45

Date :

3/12/2020
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
N°INP 090061862

Quittance - Paiement espèces

0485846

IPP :

N° D'admission : Montant : 530 dh

Patient : *Bellakhdar Mouloud*

Cachet

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

Date : 03.07.2000

Quittance - Paiement espèces

0485850

TEL: 05 29 03 53 45
FAX: 05 29 03 54 77
E-mail: contact@ckm.hck.ma
N°INP: 090061862

N° D'admission : Montant : 57,74

Patient : BEL LAKHDAR MEREIM

Cachet

TEL: 05 29 03 53 45
FAX: 05 29 03 54 77
E-mail: contact@ckm.hck.ma
N°INP: 090061862

Hôpital Cheikh Khalifa Ben Zaid