

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

ditions 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.

rmacie :

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.

tique :

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.

ntaire :

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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013708

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00359 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHATIOL HAMID Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522 430878 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 9/7/19

Nom et prénom du malade : KHAIAS FATIMA 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 : 9/7/19 Le : 9/7/19

Signature de l'adhérent(e) : Chatiol

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
09/07/19	S		300 MHT	Pr. EL HADJ Médecin Physique et Réadaptation Maîtrise en Rhumatologie Injections de toxine botulinique Neuro-orthopédie NAPED 09/03 2019

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Hôpital Universitaire de Strasbourg</i> <i>N° Inf 13</i>	<i>6 séances de rééducation</i>					<i>Félix D.</i>

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H D ————— G B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 09/10/2019

Madame Meher Fatima.

PTG sur fracture.

→ Large - Large huitre

→ Large - Large huitre

→ Atteintement +
L'os il est cassé et très

l'os est très cassé

Rupture tendons

osseux des tissus

Pr. EL HAFIDI
Maitrise en physio et Réadaptation
Institut de Soins Biomédicaux
Neuro-orthopédie



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 09 / 01 / 2019

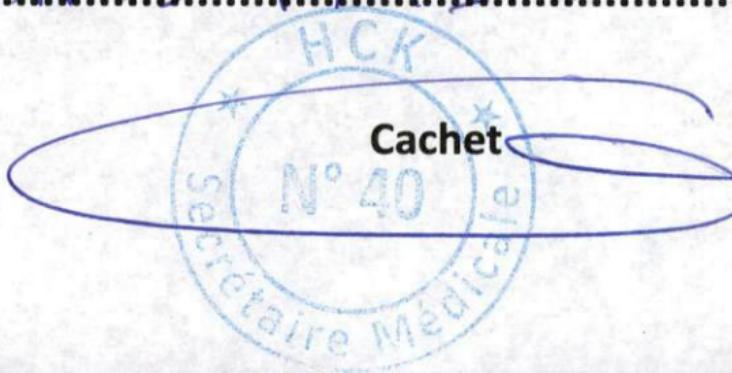
Quittance - Paiement espèces

0390071

IPP :

N° D'admission :19.00086319..... Montant :300.000,00.....

Patient :MANAS FATIMA.....





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 11 / 07 / 2019

390135

Quittance - Paiement espèces

IPP :

N° D'admission : 19.000.87532 Montant : F.2.0.0.Ks

Patient : MANAS FAATIMA



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 85 664 / 2019 du 09/07/2019

Nom patient : **MANAS FATIMA**

Entrée 09/07/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 09/07/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation de médecine physique	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

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Service Reéducation
N° INP : 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 86 891 / 2019 du 11/07/2019

Nom patient : **MANAS FATIMA**

Entrée 11/07/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 11/07/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Rééducation pour affections traumatolo	6,00		120,00 Sous-Total	720,00 720,00
Total Frais Clinique				720,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENT VINGT DIRHAMS

Total 720,00

Encaissements						Total encaissé	Solde
							720,00

