

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.

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.

que :

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.

Opticien :

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

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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01981

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraité

Nom & Prénom : Farahata Youssef

Date de naissance : 27/10/1955

Adresse : 19, Rue barcelone Al Bay, Tanger

Tél. : 0664071569

Total des frais engagés : 838.20.300 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 : 09/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : 



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
DROITE	GAUCHE			
11 12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28			
19 20 21 22 23 24 25 26	29 30 31 32 33 34 35 36			
37 38 39 40 41 42	43 44 45 46 47 48			
HAUT	BAS			
O.D.F. Prothèses dentaires				
DROITE	GAUCHE	Détermination du coefficient masticatoire		
11 12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28	H	21433552	
00000000	00000000	D	25533412	
00000000	00000000	G	35533411	11433553
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				
Visa en cachet du praticien <i>attestant la dexys</i>		Visa en cachet du praticien <i>attestant l'execution</i>		

VOLET ADHERENT NOM : *Fanahate* Mle 01981

DECLARATION N° P 17 / 0062248 MUPRAS
 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	300,00 dh + 838,20	<i>l</i>

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



P 17 / 0062248

DATE DE DEPOT

/...../201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 01981	Signature de l'adherent
Nom & Prénom : <i>Fanahate youssef</i>		Fonction : <i>Retraité</i> Phones : <i>06.64071589</i>	
Mail :			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>		Age : <i>01.03.2000</i>	Date : <i>23/07/19</i>
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<i>Myasthenie</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
HCK		HCK	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<i>CD</i>	<i>N°9</i>	<i>300,00 DH</i>	
PHARMACIE		Date : <i>13.07.19</i>	
Montant de la facture		<i>838,20 dt</i>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date			
Nombre			
AM	PC	IM	IV
Montant détaillé des Honoraires			

CACHET



23/07/2018

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

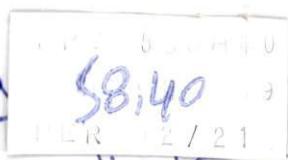
Régime sans sel
et sans sucre

Mme FARHATE

58,40 x 4

1) Selupred 20mg

1cp 1/j pot 15 g



HOUDA

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr ASS. AASFARA Jeannine
Neurologie

Pr. Dr. M. Slimane Béni Makada - TANGER

Tél.: 052 95 66 29

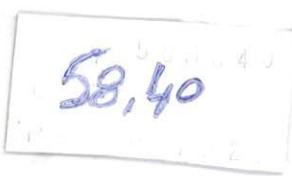
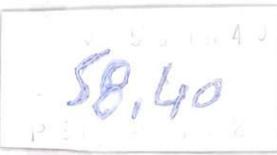
Pharmacie du PARC

PPV 24DH60 EXP 24/07/2018

LOT 80036 3

SV

plus Selupred 20mg

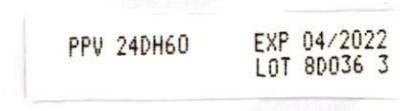


1cp 1/j pot 01 mois

24,60 x 2

2) Potassium 200g

1cés x 02/1j



PPV 24DH60 EXP 01/2022
LOT 80036 1



3) calcium 500mg et vit D3

1 cp 1/j

pot 03 mois

PPV 24DH60 EXP 01/2022
LOT 80036 1



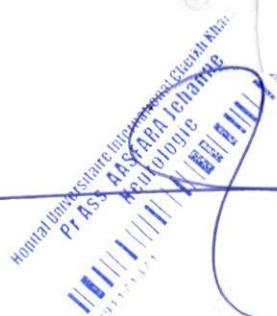
4) Nestinor 60mg: 1/2 cp x 04/j pot 03 mois

5) I murel 50mg: 1 cp x 03/1j pot 03 mois

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC
PPV : 62,90 DHS

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC
PPV : 62,90 DHS

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC
PPV : 62,90 DHS



Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC
PPV : 62,90 DHS

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC
PPV : 62,90 DHS

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC
PPV : 62,90 DHS

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Boulevard Mohamed Taïeb Naciri, Hay El Hassani,
BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca, Maroc
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868
www.hck.ma

RDV ds 02/08

en co Neuro
si complications

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 91 995 / 2019 du 23/07/2019

Nom patient : FARAHATE HOUDA

Entrée 23/07/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 23/07/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de neurologie	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	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00



Date : 23/07/2019

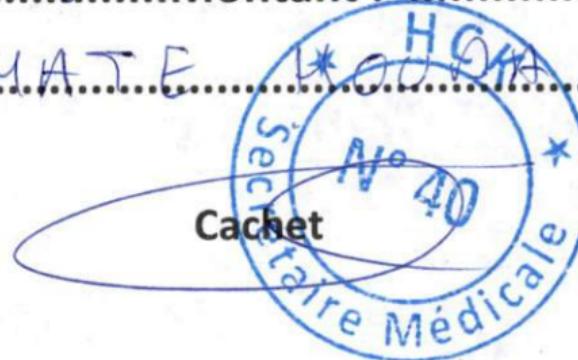
Quittance - Paiement espèces

0395810

IPP :

N° D'admission : 10 00002 686 Montant : 3.000 Dh ..

Patient : FARAHATE



Cachet