

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.

N° W21-797783

204353

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12441

Société : RACI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Sibar Hassam

Date de naissance : 11/12/81

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 36 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

PT. ERREIMI Naimi
Spécialiste en Pédiatrie
Gastroentérologie - Hépatologie
INPE : 101109353
Hôpital Cheikh Zaid

Date de consultation : 17/04/2024

Nom et prénom du malade : Lima Jibran Age:

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 : Robert

Signature de l'adhérent(e) :

Hôpital Cheikh Zaid
Admission Service N° 33
Universitaire Internationale
Le : 17/04/2024

BÉLÈVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/01/93 11/01/93 12/01/93 13/01/93 14/01/93 15/01/93 16/01/93 17/01/93 18/01/93 19/01/93 20/01/93 21/01/93 22/01/93 23/01/93 24/01/93 25/01/93 26/01/93 27/01/93 28/01/93 29/01/93 30/01/93 31/01/93	Hôpital Cheikh Ziane Service de Gastroentérologie 2ème étage Annexe 1 Centre hospitalier universitaire de Tunis	3600 Dhs		PR. ERREIMI Spécialiste en Gastroentérologie - INP : 101106 Hôpital Cheikh *** 

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

NON-ADHERENT

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	Coefficent	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 PROTHÈSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
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'EXECUTION



08/04/24 8:59

ERREIMI NAIMA / PÉDIATRIE

Rabat, le

Information Patient

Docteur : 1 692 812
IPP

Nom et prénom : LINA JIBAR : الاسم

Téléphone : 0661460641 : الهاتف

Information Rendez-Vous

Rendez-vous le : mercredi 17/04/2024 موعد يوم

A : 16h00 على الساعة :

Pour : ATION SUR SPÉCIALITÉ PEDIATRIQUE + FRAIS من أجل:

Pour toute Annulation ou
Modification merci de prendre
contact avec le bureau
Rendez-Vous au :

من أجل تغيير أو إلغاء موعدكم
الرجو الاتصال بمقتب المواعيد
على الرقم

Consultations : 05 37 13 14 00

Merci de vous présenter à la
caisse , 30min avant votre

المرجو الحضور إلى شباك الأداء
قبل موعدكم ب 30 دقيقة مصحوبين
بهذه الورقة

Rendez-vous munis de ce
document .

Cachet du Service Rendez-Vous

1-02-01/V-01

X
C
M

18
19
20
21

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation
consultation le : 17/04/24 A

PP : 1692 812 N° de dossier : C244369892

3 025 413 ...

DI : 3 459 929..

Patient : LINA JIBAR

Montant : 360,00 Dh (trois cent soixante et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 17/04/2024

Description :

Medecin : C0402 ERREIMI NAIMA

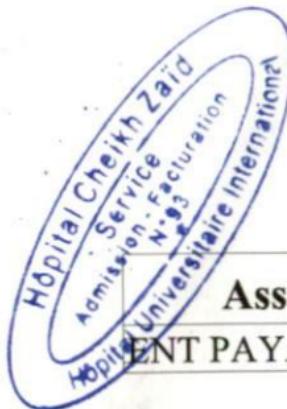
Motif : CONSULTATION SUR SPÉCIALITÉ

PEDIATRIQUE + FRAIS DOSSIER

Paiement effectué à la **CONSULT CAISSE 4**

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Retrait du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.



Cachet du caissier :

N° 2312645