

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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



Déclaration de Maladie

Nº P19-0049540

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

ND: 25394

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AJAR OTMAME

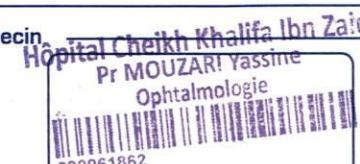
Date de naissance : 1848

Adresse : 95 Rue El Dororine Ley RIAH

Tél. : 06 185 33331 Total des frais engagés : 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : TENGUI SABON Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Conjum ophtalme suspirior & Glaucom

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 : CASA le: 18 MARS 2012

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Nº P19-049540

Déclaration de maladie

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 : 1002

Nom de l'adhérent(e) : AJAR

Total des frais engagés : 200

Date de dépôt :

RELEVE 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 |
|---|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/15 Tel: 05 22 44 77 Fax: 05 22 44 77 E-mail: contact@ckim.hck.ma N°INP 090061862 | Actes 3 45 | | 3000 Dhs | Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd Pr MOUZARI Yassine Ophtalmologie |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

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

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 clinique.

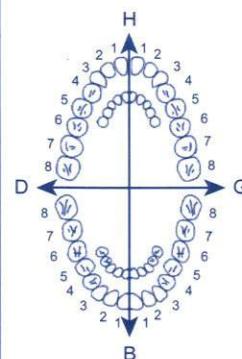
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

20-12-19

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Pr MOUZARI Yassine
Ophtalmologie



TENZALI

SAADIA

Concrète : V. lén

OD = very neutre

$$d = (70^\circ, -1, 00)$$

lente : V. pris

$$OD = 20 d + 2,75$$

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Pr MOUZARI Yassine
Ophtalmologie

090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 155 877 / 2019 du 20/12/2019

Nom patient : **TENZALI SAADIA**

Entrée 20/12/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 20/12/2019

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--------------------------------|--------|------------|----------------------|---------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| - Consultation d'ophtalmologie | 1,00 | | 300,00 Sous-Total | 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 Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hek.ma
N°INP 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date ٢٠١٢/٩/٢٥

0426565

Quittance - Paiement espèces

IPP :

N° D'admission : Montant : 300,00

Patient : Tenzali SAAdia

Cachet