

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

tions 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.

Optique :

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.

Dentaire :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2948 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraité

Nom & Prénom :

LEMZAOUHI Mohamed

Date de naissance :

1946

Adresse :

EDDLADLA oued idel sihi el Aidi

Tél. : 0661314535

Total des frais engagés : 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le 25 SEP. 2020

 ACCUEIL

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
18/12/19	CS + ECG		3100 H.	 Dr. LEONARD GOBIN Médecin généraliste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI BOU N° 6 - SIDI BOU Tél : 0523 72 20 16	18-12-19	2033,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

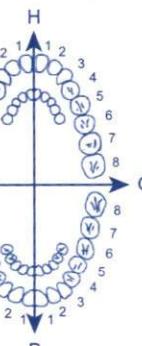
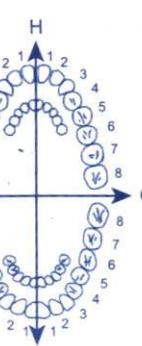
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie SIDI ELAYDI
N 6 - Sidi El Aydi
Tél : 0523 72 25 48

وصفة طبية
Ordonnance

18 / 12 / 15

Casablanca, le :

N6 Lemzaoui Doforod

1) RPS + Activité physique

35,40 x 4

2) Kardégoic 160 g

64,80 x 2 150g — di

3) Bipool 10 g

145,90 x 4 1/4 40 kg — di

4) Covercyl 5 g

149,00 100g — di

5) Circotone 10 g au Tabor

160,40 x 3 140g sonde

6) Vastrel 35 g

do 35 g

2033,30

T =

145,90

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
PER.: 10/06/21
LOT : 20E012

6 118001 081189

145,90

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
PER.: 04/2021
LOT : 19E007

6 118001 081189

145,90

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
PER.: 04/2021
LOT : 19E004

6 118001 081189

145,90

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
PER.: 04/2021
LOT : 19E005

6 118001 081189

145,90

0 2 3 2 1 9 0 1 2 4
PPV 6 7 D H 8 0

67,80

0 2 3 6 1 9 0 1 2 4
PPV 6 7 D H 8 0

67,80

145,90

PPV:

EXP:

LOT:

1705H00

05/2023

AA0836

179,00

150,40

150,40

150,40

CHAMOUR CHAMOUR ZAIDI SOCIETE AGRICOLE - TUNISI
c l'autorisation de PFIZER Inc. New York -

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
Im 05 Route de Ouidia 24000 El Jadida
P.P.V : 103DH40
6 118000 250807

Pfizer S.A.
Laboratoires

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Nº 154 572 / 2019 du 18/12/2019

Nom patient : LEMZAOUI MOHAMED

Entrée 18/12/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 18/12/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation avec électrocardiogramme	1,00		350,00 Sous-Total	350,00 350,00
Total Frais Clinique				350,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total 350,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	350,00	350,00	0,00

~~Centre~~
~~Monétique~~
Interbancaire

18/12/19 10:02:39
9900397820
93978201
HOP CHEIKH KHALIFA G4
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
LEMZAOUI MOHAMMED
xxxxxxxxxxxxx5081
07/23 CARTE NATIONALE
AB5C99276B70F99F
220-0-9999-1-44

MONTANT: 350,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001
NUM AUTORISATION: 0Q1883
STAN : 007750

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT