

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 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.

Nº W19-555451

48774

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10308

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bougaddou Elma

Date de naissance :

Adresse : Al Perdaous App 1 HB 8 Etg 2 ou lpo
Casablanca

Tél. 0602467656

Total des frais engagés : DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/07/2020

Nom et prénom du malade : R.D.F.K. Age :

Lien de parenté :

R Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Brûlure +

HPA +

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/07/2020

Medecin de la Mutuelle Professeur de Chirurgie

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR TIR AB uite MTA Thami 0522902167	22/4/1990	486,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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 PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	<hr/>			D	00000000	00000000		35533411	11433553	<hr/>			B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552																								
	00000000	00000000																								
<hr/>																										
D	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																								
<hr/>																										
B																										
		<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **70.650 / 2020** du **23/07/2020**

Nom patient : **RAFIK ARIJ**

Entrée **23/07/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **23/07/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation de pédiatrie	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						Total encaissé	Solde
							300,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Email: cheikhkhalifahibnzaid@adm.hc.ma
Fax: +212 29 00 44 15
Tel: +212 29 00 44 15
N°INP 090061862
N°ICE 001740003000026

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 136,20 DH
Distribué par MSD Maroc

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 136,20 DH
Distribué par MSD Maroc

المستشفى الجامعي
الدولي الشيف علاج تقويم

Casablanca, le :

le 23/07/2008

ID : 639021 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 140,00 DH
Barcode: 6 118001 141852

ID : 639021 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 140,00 DH
Barcode: 6 118001 141852

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeur hou al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
10 mg
Boîte de 28
BP 118 DMP/21/NP P.P.V: 234,00 DH
Barcode: 6 118001 021550

Ministère Universitaire Internationale d'Al-Khalifa
Faculté d'Informatique et de Génie Informatique
S. V.
DR. TIR Abdelaziz
PHARMACIE POLYCLINIQUE
58, Route Mly Thami Hay Hassan
Tel: +212 22 60 30 62 Casa

RAFIK ARJ
100,00
Sensitid

23/07/2008

X 3 no. 1
136,20 X 2
Total: 272,40

U Aurores n 136,20

136,20 N 0,00
3) 136,20
Tentation S. V.

23/07/2008 le mat.
Ema T= 136,20 + 136,20

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

4) Fer ~~PSK~~

8 Jours le

notre + 2 mois

