

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-580287

ND. 50436

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5198

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El bouda Said

Date de naissance : 2010.3.19.37

Adresse : 9 place ledala, casablanca

Tél. : 0664183671

Total des frais engagés : 0.00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/12/2020

Nom et prénom du malade : El bouda Said

Age : 83 ans

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 : casablanca

Le : 09/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
...
...
...
...

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
30/03/2015 - Radiologue	2016-03-25	00000000000000000000000000000000	45000000000000000000000000000000

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 de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
					COEFFICIENT DES TRAVAUX 
					MONTANTS DES SOINS 
					DEBUT D'EXECUTION 
					FIN D'EXECUTION 
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 21433552 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 35533411 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> D 00000000 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> B 11433553 </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 </div> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX 
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS 
					DATE DU DEVIS 
					DATE DE L'EXECUTION 



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
DU LIBAN - L'UNIVERSITÉ AUBAINE - HÔPITAL RUMI

Ordonnance

Nom et prénom: EL BADDAI AID

1-NFS-PL Q

2-Urée-Créat

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 118846 / 2020 du 02/12/2020

Nom patient	EL BADA SAID	Entrée	02/12/2020
	PAYANTS	Sortie	02/12/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0080	96,00	96,00
Total Clinique				96,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
QUATRE-VINGT-SEIZE DIRHAMS		Total 96,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2012020918596840 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000278729	EL BADA SAID	02/12/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	CIH/N°2645629 Lui-même	96,00
PAYANT	Total payé	96,00
QUATRE-VINGT-SEIZE DIRH		

Reçu établi par : HAN.ZIT



Horaire

Lundi-Vendredi(07h30 à 20h00)

Samedi (07h30 à 15h00)

Téléphone : +212 529 05 02 31

Email : lnr@fckm.ma

Dossier : **20120234**

de : **EL BADA SAID**

IPP : **H0120006592** Date de naissance : **20/03/1937**

Analyses : NFS - Numération formule sanguine + plaquettes

Externe

Salle de prélevement
Dossier : **20120234**