

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

cions 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.

ntaire :

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.

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

54721

Déclaration de Maladie : N° S19-0003063

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7906 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

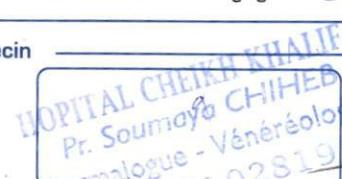
Nom & Prénom : SouAL Fahima Date de naissance : 13-07-65

Adresse : 24 Lat Al Adarissa Sidi Noumouf caser

Tél. : 0661305484 Total des frais engagés : 600 + 113, 20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/12/2010

Nom et prénom du malade : Soual Fahima Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection de la peau

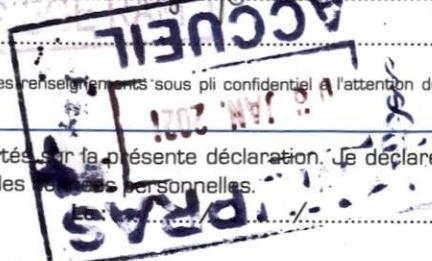
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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
22/12/20	K5		600 DH	RETRAIT DE KYSIN ET DU CORNEAUX DU NIRAGE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
FOUJOUR PHARMACEUTIQUE N° 115 LOT 11 TÉL 0321 11 11 11 PHARMACIE IBN TAIMIA	22/12/2020	113.20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows point to specific teeth: H at the top				

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

22/12/2020

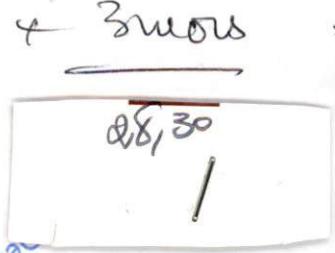
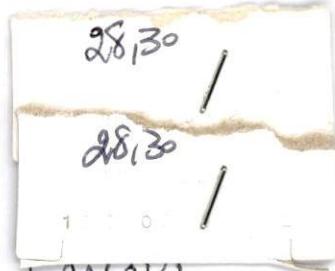
Soual Fatima

1) Lacosartine

dep 1g 20f 3mous
28.30x4

2) Erycyl 100 mg
dep 1g 3mous

113.20



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

le 22/12/2020
Hôpital International Cheikh Khalifa
Dr. Soumaya Chihéb

Mme Soual Fahima

Destruction du verme

séborrhéique.

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Pr. Soumaya CHIHEB
Dermatologue - Vénérologue
BP 82403 Casablanca • Maroc

Reçu de caisse

Méd'HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2012221141301150 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000286009	SOUAL FATIMA	22/12/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	SG-N°5459061 elle-même	600,00
PAYANT	Total payé	600,00
SIX CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : GHI.SEL

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél. : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fclm.hck.ma
N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 126 258 / 2020 du 22/12/2020

Nom patient : SOUAL FATIMA Entrée 22/12/2020
Prise en charge : PAYANTS Sortie 22/12/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Destruction de verrue séborrhéique, pe	1,00		600,00 Sous-Total	600,00 600,00
Total Frais Clinique				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	600,00
SIX CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Chèque			Total encaissé	Solde
	600,00			600,00	0,00

Ref Chq : SG-N°5459061/

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 09 44 77
E-mail : contact@hck.men.hck.ma
N°INP 090061862