

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4130

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SIMOU

YASSIN

Date de naissance : 25/05/1981

Adresse : Rue D'ichelis Ben n° 174 Neuve Casablanca

Tél. : 0661357409

Total des frais engagés : 503,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/12/2010

Nom et prénom du malade : S.I. Yassine

Age : 1958

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : APL

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 : 11/12/2010

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
11/12/2020	C-S		7300	<i>DOCTEUR SOLLIER Praticien Dentiste International Dentiste Kinésithérapeute</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie MA PERLA Meryem PHACHI EP. ZOUINE Perles de Nouaceur Imm 14 R Tél : 05 22 53 78 68</i>	11.12.2020	253,10

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
B	00000000 00000000
G	35533411 11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

ordonnance

casablanca, le :

P.P.V: 119,10 DH

Syam YASSIN

M. 10
Risoul

SP



100

h/t/ p/w/d

Pharmacie MA PERLA
Dr. Meryem PYACHI Ep. ZOUNINE
Perles de Nouaceur Imm. 14 N°
Tél : 05 22 53 79 68

84,00

Aler +

SP



100

h/t/

203,10

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. NACEUR Soltane
O.R.L
BP 82403 Casablanca • Maroc
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 122 664 / 2020 du 11/12/2020

Nom patient : **SIMOU YASSIN**

Entrée 11/12/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 11/12/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation ORL	1,00		300,00	300,00 Sous-Total 300,00
Total Frais Clinique				

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements	Espèces	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026
E-mail: hck.ma
N°INP 090061862

Date : 11/12/2020

Quittance - Paiement espèces

0530666

IPP :

N° D'admission : Montant : 3.000.000 (Dhs.)

Patient : S. I. MOU YASMIN

