

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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9754

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAMER SAID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.77.46.44.95

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/12/2012

Nom et prénom du malade : Tammer Said Age :

Lui-même

Copjoint

Enfant

Lien de parenté : Parancéti aya

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20.11.92	1198.-

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

Date : 20/12/2022

Numéro : 167 913



090061862

Nom patient : TAMER SAID

Médecin : PR. DAHER BOUCHRA
Pneumologie

2200610769

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE PNEUMOLOGIE	300,00

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél. 05 22 02 53 45
Fax 05 22 01 44 77
E-mail : contact@hck.ma
N°INP 090061862

6 118001 320196

PPV : 196,00 DH
LOT : 22G11
EXP : 07/2025

فة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 20/12/2022

TANER SAID

196,00

① Zephirus 240

1 Boîte x 215

102,90

② Bronchodual

2 Boîtes x 415 Champs

89,90

③ Exacal

16 sachet x 315

④ C-Pain 800

1 CP x 215.

UG8,80

6 118001 041060
BRONCHODUAL 50 µg/20 µg/dose
(Bromhydrate de fénoterol/Bromure d'isoprénium anhydre)
Solvation pour inhalation en flacon pressurisé
Flacon de 200 doses.
BOTTU S.A.

PPV : 102 DH 90

22009
SEP 24
39 J H 33

500 mg.
sucré.
romicina.

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Solvation pour inhalation
PPV : 160,00 DH

6 118000 191001

Date : 20/12/2023

Quittance - Paiement espèces 735313

IPP :

N° D'admission : Montant :

Patient :
I amer Said

Cachet

