

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 : 1728

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAOUF Lahcen

Date de naissance : 30/06/1952

Adresse : Resid Nada Casablanca

Tél. : 06.61.29.42.51

Total des frais engagés : 412,110 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/01/23

Nom et prénom du malade : CHAOUF Lahcen

Age :

Lien de parenté : Enfant

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Souffre d'arthrose lombaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : Cancer prostate

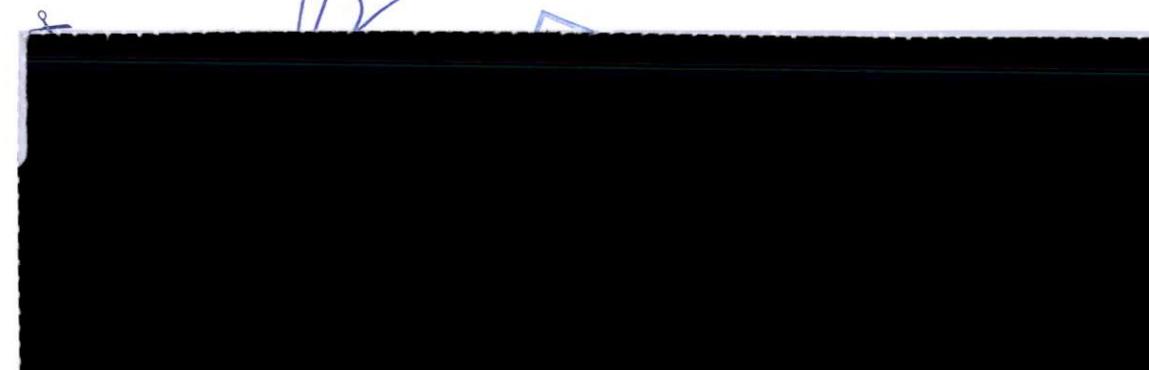
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 18/01/2023 Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : CHAOUF Lahcen



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin assurant le Paiement des Actes
18/01/2018	C		50000R	
				

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

وصفة طبية
Ordonnance

La 18/01/1
2023

Casablanca, le :

Dr. Abderrahim NACIRI
Pharmacie NESTOR/NC2
Centre Commercial Naciri
281, Bd. Graham Round
Tél: 05 22 23 72 59 - Fax: 05 22 23 72 59

Chouf Lahcen

LOT: 3274
PER: 10-27
P.P.V: 45 DH 90
7938
UT. AV: 03-27
P.P.V: 45 DH 90

Trichlorazine: 15 x 2

45,9 x 2
91,80

15 x 2 {

ppv 15 j

Dolip: 500 mg

2)

2)

20,60

112,40

10,30 x 2

champ - 6 m

PPV: 10DH30
PER: 09/25
LOT: L3205

PPV: 10DH30
PER: 08/25
LOT: L2782

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Nº 8 787 / 2023 du 18/01/2023

Nom patient : **CHAOUF LAHCEN**

Entrée 18/01/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 18/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION DE RADIOTHERAPIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			300,00		300,00	0,00

