

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 : 2698

Société :

146181

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Bouzra ARI

Date de naissance : 02/07/1983

Adresse : Lot Sidi Abdellah Ben Ali Rue 29 N°6

Tél. : 06 33 59 92 07

Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23 JAN. 2023

Nom et prénom du malade : ALI BOUJED RAJAA

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Pathologie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : En cas d'accident

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 : Centre Allal Ben Abdellah

Le : 23 JAN. 2023

Signature de l'adhérent(e) : Signature



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

20/04/23

Afridax Nogot :

20.30

① Frolicette pomade

1 Application lessive (9)

28.60

②

Chibrocadron :

1gH e x 4

1gr (96)

/ 1055



89.50

/ 1055.

③

Xalciawesh :

1 Louage x 31gr (96)

138.40

OPHTALMAMED
PPC
89.00 DHS

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

ORDRE D'ENGAISSEMENT**Motif admission :**

Numéro admission	Nom du patient	Date
2300626862	AFRIDOU NAJAT	20/01/2023

	Montant à encaisser	
	300,00	
230120142948MA	OE établi par : MAN.ELB	

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.ma
N°INP 090061802

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 10 085 / 2023 du 20/01/2023

Nom patient : **AFRIDOU NAJAT**

Entrée 20/01/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 20/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Total 300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hopital Cheikh Khalifa ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@fckm.ma
N°INP 090061862



مركز التحديدات

SANS CONTACT



20/01/23 14:01:45
9900397911
93979101
HOP CHEIKH KHALIFA G5
Casablanca

A0000000041010
APP : Mastercard
xxxxxxxxxxxxx?135
CARTE NATIONALE
C8A03520E56F5416
220-0-9999-1-55

MONTANT: 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 005
NUM AUTORISATION: 210652
STAN : 000970

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT