

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.

N° W21-763230

170'02

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Madre : 606 + 842 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZE ELHARTI

Date de naissance : 01/07/1947

Adresse : Hay ELHANA, Rue 27, N° 8, Casablanca

Tél. : 0522362204

Tél. : 0663709424

Total des frais engagés : 680,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Nour El FAKIRI
Médecin à domicile
03, Boulevard Hassan II
Maârif - Casablanca
Tel : 05 22 99 33 33
091220640

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : Casablanca

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
05-06-2023		5	500 DHS	INP : 111111111111 Dr. Nasser El Amin Médecin Anesthésiste Boulevard Hassan II 35, Marjif 99 05 22 99 33 33 05 22 99 33 33

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	
<i>RADIOLOGUE</i>	<i>1996/02/23</i>	<i>100%</i>	<i>110,00</i>	
<i>RADIOLAGE</i>				
<i>RADIOLAGE</i>				
<i>RADIOLAGE</i>				

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

Casablanca le:

05-06-2013

الدار البيضاء
Dr Nezha EL FIHRI

R& Dr Nezha fale.

ARTS: - pharyngitis.

- Myelome Multiple
- H.A.

Dr. Nezha EL FIHRI
Médecine Interne
Boulevard des Nations
38, Maârif - Casablanca
Tel: 05 22 99 33 35 / 06 64 60 23 43
091 77 99 66
E-mail: www.nezhaelbihri.com
Tél: (+212) 05 22 99 33 35 / 06 64 60 23 43
Service: 05 22 99 33 34 / 06 64 60 23 43
Souscription: 05 22 99 33 35 / 06 64 60 23 43
Tzidid

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 81 848 / 2023 du 09/06/2023

Nom patient : **EL HARTI ABDELMAJID**

Entrée 09/06/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

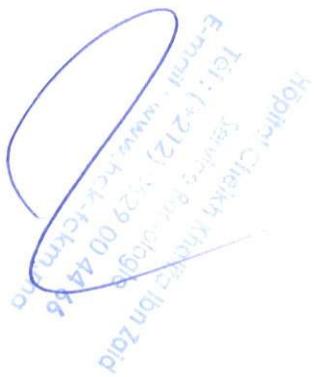
Sortie 09/06/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
RADIOGRAPHIE DU THORAX DE FACE	1,00		180,00 Sous-Total	180,00 180,00
Total Frais Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total	180,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	180,00				180,00	0,00



Date : 29/06/2023

Quittance - Paiement espèces 0785266

IPP :

N° D'admission : 2300699533 Montant : 180.00

Patient : EL HASSAN BEN ZAID

Payé par :

Cachet



PATIENT : EL HARTI ABDELMAJID

EXAMEN(S) REALISE(S) : RX Poumon F

IPP : 150327101113ME

DATE NAISSANCE : 01/01/1947

NUMERO DOSSIER : 2300699355

RX Poumon F

Absence de foyer systématisé évolutif.

Cuils de sac pleuraux libres.

Silhouette cardio médiastinale respectée.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr LAERHEL Sarah

Dr LAERHEL
RADIOLOGUE