

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

- Reclamation : 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 2005 Société : R A M ND

Actif Pensionné(e)

Autre : AGOURKII EL mostafa

Nom & Prénom : AGOURKII EL mostafa Date de naissance : 21 mars 1952

Adresse :

Hôpital PEP 06 66 22 76 Total des frais engagés : 326,62 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/12/2023

Nom et prénom du malade : Afoum Hyaoui Age : 14 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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

Le : 09/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-056191

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES TRAIS 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
09/12/23	Visite facturee		326,68	

EXECUTION DES ORDONNANCES

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, 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

N° : 174278 / 2023 du 10/12/2023

Nom patient	KOUNDY SOLTANA	Entrée	09/12/2023
	PAYANTS	Sortie	10/12/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
PHARMACIE	1,00		26,62	26,62
Total Clinique				326,62

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT VINGT-SIX DIRHAMS SOIXANTE-DEUX CENTIMES	Total	326,62



ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : KOUNDY SOLTANA		N° Facture	174 278	2300792803
	Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
CHLORURE DE SO 0,9%Po250 Injecta (01)		1	9,00	9,00
	Sous-Total médicaments			9,00
MASQUE NEBULISEUR ENFANT		1	13,84	13,84
SERINGUE 5ML		1	0,78	0,78
SONDE D'ASPIRATION PVC ORX CH8		1	3,00	3,00
	Sous-Total consommable médical			17,62
			Total pharmacie	26,62

Optimal Client Khalifa Ibn Zayd
 Tel: 05 29 03 53 45
 E-mail: contact@fcm-hdz.com



**HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK**

IPPC : **lementes**
Tél. : 529 03 53 45
Fax : 529 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.mg

Date 09/12/2023

Quittance - Paiement espèces

0835790

IPP : 11 Montant : 800,00

N° D'admission : 230112-801 Montant : 800,00

Patient : John Smith

ayé par : AGDUR HOSTA

Cachet



**HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK**

Date : 20/12/2023

Quittance - Paiement espèces 0835865

IPP:

N° D'admission : 234079 2803 Montant : 26,62

Patient: Hounny SOLTANA

Payé par : Elle Reis

Cachet

نورتی چینی
Tel: 05 29 03 55
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: info@fckm-hckm.ma
www.fckm-hckm.ma