

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Le MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement d'informations à caractère personnel.

202784

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13060

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MDINI MANAL

Date de naissance : 15.10.1993

Adresse : 24 C. SCI Venise, BD Achalme, Maroc
Residentiel, ABIDJAN, Côte d'Ivoire

Tél. : 06502572284 Total des frais engagés : Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16.04.24

Nom et prénom du malade : MDINI Manal Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection de maladie longue

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 16/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVÉ 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
1/1/20	C3		3000 D.H	<u>Mer</u>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/04/24	30,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
15000A			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VIOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

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'ODE.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
G	
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires
---	-------------------------------

CHÉT DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

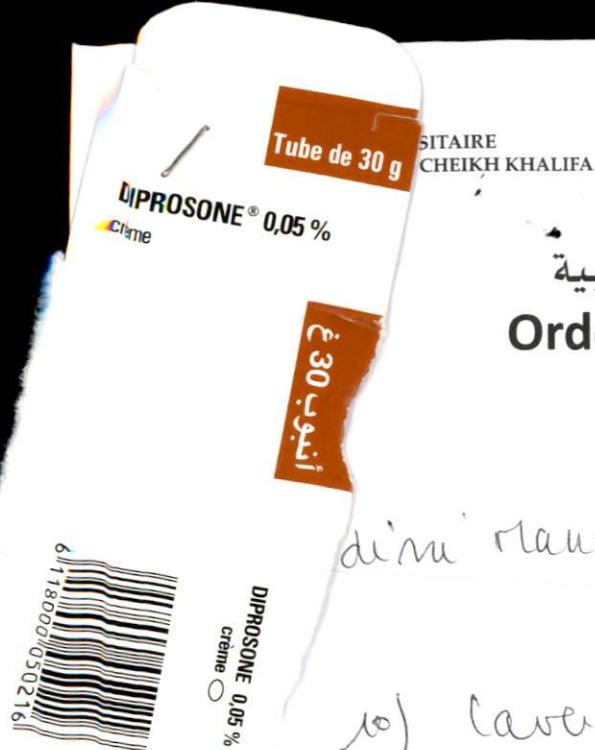
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

TESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية
Ordonnance

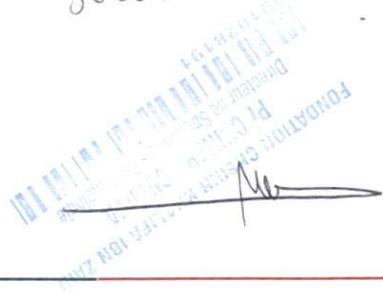
18/4/2024

dimanche

10) lavez le pieds a l'eau
+ sep 1x1f le

30,40 50g
a) Diprosone crème
1x1f le joi

sur occlusion





SANS CONTACT



16/04/24 10:51:30
9900398075
93980701
HOP CHEIKH KHALIFA G13
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxxx3693
CARTE NATIONALE
F8B081C09363E831
221-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 004
NUM AUTORISATION: 047747
STAN : 007458

DEBIT

Le CMI vous remercie

**TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT**

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **58 498** / **2024** du **16/04/2024**

Nom patient : **MDINI MANAL**

Entrée **16/04/2024**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **16/04/2024**

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

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

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

*Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 E-mail: contact@hcmh.km
 N°INP: 0900 123 456*

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**CASABLANCA****Reçu de caisse***Méd***HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

N° : 24041608590844101 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400863887	MDINI MANAL	16/04/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	007458	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MAN.ELB

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hck.ma
Tél : 05 29 03 1862