

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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 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

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 : 62111 Société : RAM (L2137)

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ARAJ ABDALLAH

Date de naissance : 13.07.1959

Adresse : 158, lot ASSIST Sidi Mouloud

Tél. : 0673381638 Total des frais engagés : 300 + 60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/08/2020

Nom et prénom du malade : ARAJ ABDALLAH Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : grippe

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 : 02.08.2020

Signature de l'adhérent(e) :


ACCUEIL

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
13/08/2020	Voir facture N° 81632	1	300	Hôpital Cheikh Anta Diop de Dakar Tél : 01 29 03 53 45 Fax : 01 29 00 44 77 E-mail : CCU@chadidior.sen Site : www.chadidior.sen

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	<u>13/03/2020</u>	<u>Necifalha</u> <u>N81629</u> <u>Per+scola</u> <small>09 03 53 45</small> <small>Fax : 05 28 00 44 77</small> <small>E-mail : kontakt@necifalha.com.ma</small>	<u>606</u>

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'exploration.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

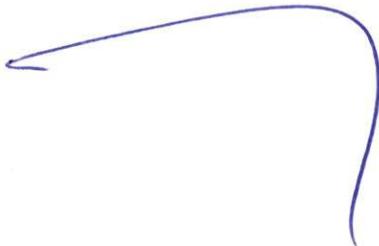
Ordonnance

Casablanca, le :

13/8/2020

MR ARAJ Abdellah

Sewolngie + PCR covid19



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 81 632 / 2020 du 25/08/2020

Nom patient : **ARAJ ABDALLAH**

Entrée 13/08/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 25/08/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

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

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 22 89 28 54
E-mail : contact@hck.ma
N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **81 629** / 2020 du **25/08/2020**

Nom patient : **ARAJ ABDALLAH**

Entrée **13/08/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **25/08/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
PCR+SEROLOGIE	1,00		606,00 Sous-Total	606,00 606,00
Total Frais Clinique				606,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> SIX CENT SIX DIRHAMS	Total	606,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	606,00				606,00	0,00

*Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862
E-mail: araj@hck.mn.hck.ma*

Date : 13/08/2020

Quittance - Paiement espèces

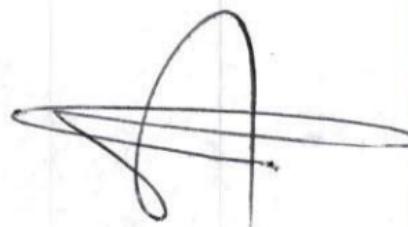
0499241

IPP :

D'admission : Montant : 30.0DH

ent : ARAO ABDAALLAH

Cachet





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 13/08/2020

Quittance - Paiement espèces

0499242

IPP :

Admission : Montant : 606 DH....

: ARAJ ABSALLAH
Araj Abdallah

Cachet