

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.

Nº W19-548089

52958

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0929

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NOUHOU KITADISI

Date de naissance :

1950

Adresse :

0662284942

Tél. :

300 ± 102,20

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cataracte

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



26 DEC. 2020

ACCUEIL

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANSSA 312 lot Zoubir Casablanca 15 22 89 34 94		102.20

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
COEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>	
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>	
DEBUT D'EXECUTION				<input type="text"/>	
FIN D'EXECUTION				<input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552	<input type="text"/>	
	D	00000000	00000000	<input type="text"/>	
	B	35533411	11433553	<input type="text"/>	
	G				<input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction]				<input type="text"/>
	Fonctionnel. Therapeutique. nécessaire à la profession				<input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>
	DATE DU DEVIS				<input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

21/12/2020

Moumou Khadje

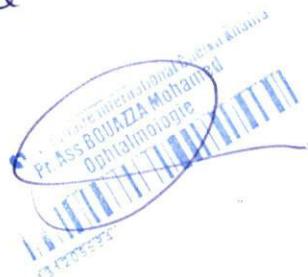
65.-
1/ Vigamox oint 0.5
1 goutte x 6/5



1 goutte x 6/5 pour osseuse

37.20
2/ Fulutromic gel 0.5
1 goutte x 6/5

1 goutte x 6/5 le soir pour osseuse



B-102-20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amzat Inville

BP 10877 CASABLANCA-MAROC

Fucithalmic® 1% gel ophthalmique

Tube de 3 g

AMM N°184

DMP/21/NRQ

PPV : 37 DH 20



6 118001 200818



6 118001 072323

Vigamox® 5 mg/ml

Coupe en solution, Flacon de 5 ml

Distribué par les laboratoires

SOTHEMA BOULOGNE

AMM N° 562/18 DMP/21/ATO

PPV : 65,00 DHS

© 2016 Novartis 449781 MA



*

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID'

F A C T U R E

N° 125 775 / 2020 du 21/12/2020

Nom patient : MOUMMOU KHADIJA

Entrée 21/12/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 21/12/2020

	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 :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

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



Date : 21/11/2022

Quittance - Paiement espèces

0529016

IPP :

N° D'admission : Montant : 30000

Patient : KMADITH



Cachet