

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

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **89.18**

Société : **R. A. M**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **SKALLI HOUSSAIN, TAYEB**

Date de naissance : **02.12.1963**

Adresse : **716, Boulevard de Fes CASABLANCA**

Tél. : **06.674.619.34** Total des frais engagés : **486,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Majda Ayachi
Pediatre
INPE: 061215380**

*MUPRAS
RECEPTIONS*

Date de consultation : **12/01/2020**

Nom et prénom du maladie :

2000166995 / H0120001421

Age : **11 ans**

Prénom : Kamil

Enfant

Nom : SKALLI-HOUSSAIN

PAYANT

DDN : 20/05/2004 E: 12/01/2020

Sexe: M

Service : PEDIATRIE (NA)

je pli confidentiel à l'attention du



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 : / /

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
12/01/2020	CS		300 DH	Dr. Majda Ayachi Pediatre INPE: 06125380

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMAND DURANCE-POL 15 RUE LA CASABLANCA 75015 PARIS TÉL: 01 55 66 72	12/01/2020	186,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'OB

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2000166995 / H0120001421

Prénom : Kamil

Nom : SKALLI-HOUSSSEINI

DDN : 20/05/2004 E: 12/01/2020

Service : PEDIATRIE (NA)



PAYANT

Sexe: M

2 = 60 kg

Age = 15 mois

79,70

- Azix 4500 SV
1cp/1gr pdt 3β.

11,30

- Vagotrine SV suppo 5mg
1 suppo < 21 gr

15,80

- Doliprane 500 mg effam.
1cp/16h SV

79,50

- Filo polis enfant 300g
1cp/5 x 3 gr

186,30

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassan, B.P. 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Dr. Maima Ayachi
Pediatre
NPE: 061215380

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 4 919 / 2020 du 12/01/2020

Nom patient : SKALLI-HOUSSSEINI KAMIL

Entrée 12/01/2020

Prise en charge : PAYANTS

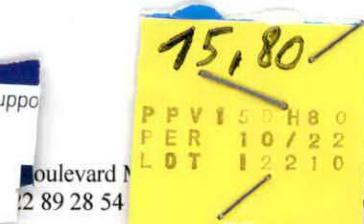
Sortie 12/01/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de pédiatrie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Encaissements		Total encaissé	Solde
			300,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
FAX: 0329 030 44 77
NINP: 0329 030 44 77
E-mail: info@hckb.dz





Date : 12/11/2022

0445412

Quittance - Paiement espèces

IPP :

N° D'admission : Montant : 300 DHS

Patient : KAMIP SK PPL H.O.S E.M.

Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa
Tel: 0524 777 155
Fax: 0524 777 862
Email: cou0003@akma.ma