

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 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule:	1933	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KHACED			
Date de naissance : 21/11/73			
Adresse : 26, Avenue Rifi 31, jn. Oanta Roudé Boulevard Houcine Ettabaa 8 ^e étage 2 ^e Bay			
Tél. :	066 1160633	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Pr. Karima FICHTALI Professeur Agrégée Gynécologie-Obstétrique			
Date de consultation :	20/02/2020	Age:	41
Nom et prénom du malade :	KHACED TABILA	Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : ACCUEIL NÉOPRAM Le : / /



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
28/02/2020	CSI		+300+	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pr. Kamala HAFNI Professeur Agitée Gynécologie-Ostéopathie

Bureau de la Pharmacie
19 bis Bd Ibos 33
Tél. 72 36 33
CASARTECA
Mme Tabbal Ben May

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cabinet du Pharmacien ou du Formisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ace</i> <i>19 bis, Bvd Ibno Ssia</i> <i>Tel : 21 36 33 12</i> <i>CASAHEN DYC</i> <i>Glass Bev Party</i>	<i>28/02/2020</i>	<i>294,90</i>

Mme
Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

**Cachet et signature
du Particien**

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 28/02/2022

Shaleh Naciri

30,90

M. Paraspan



Paraspan®

PPV 300H90
EXP 12/2022
LOT 980422

1 cp x 21,
264,00

21 ov power

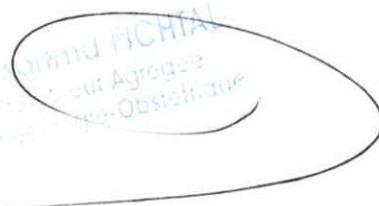


UT.AV	OV-POWER
01/2023	P.P.C
L.T:OV04	264DH

Fabriqué par:

296,90

Ref:



CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 200228115735NA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000190925	KHALED NABILA	28/02/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	5846 Lui-même	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : NAW.BEL

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
NINP 090061882

Centre
Monétique
Interbancaire

28/02/20 11:54:14

9900398091

93980901

HOP CHEIKH KHALIFA G14

Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

KHALED NABILA

xxxxxxxxxxxxxx0233

11/20 CARTE NATIONALE

A4303E59A376A73E

601-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 005

NUM AUTORISATION: 903904

STAN : 005846

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT