

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.

adiologie 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.

ptique :

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.

entaire :

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

Déclaration de Maladie : N° P19-0019778

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 714

21527

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SKALI FAROUK Date de naissance : 13/06

Adresse : Résidence E I HAMO - FANAFI SIDI EL HASSAN

Tél. : 0644 2824 38 Total des frais engagés : 361,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/01/2020

Nom et prénom du malade : EL ALAOUI BAHIJA

Age : 72

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection de la peau

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 : 17/01/2020

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
21/02/2020	6 opér		+30000f	Hôpital Cheikh Khalifa Dr BENJELLOUN Mohamed OPHTHALMOLOGIE
03/03/2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
141 Bd Voltaire 75011 Paris Tél 01 43 54 35 34 PHARMACIE	28/02/2010	61,60 DFR

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 27/02/2020

El Azzari Belhaj

25,90

1) Hydriatine coll



1 flacon x 6 fl. 06

35,80

2) Tobradex coll



1 flacon x 4 fl. 06

61,65

MYDRIATICUM 0,5%
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH
Non remboursable AMO

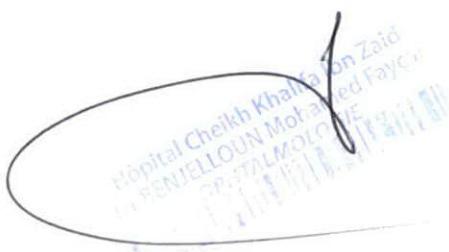


6 118001 070428
A.M.M. Maroc N° 19 DMP/21/NTT
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC



6 118001 070596
Laboratoires Sotema Bouskoura
Tobradex collyre en suspension, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI
PPV : 35,70 DHS

406833



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 28 117 / 2020 du 27/02/2020

Nom patient : **EL ALAOUI BAHIJA**

Entrée 27/02/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 27/02/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- 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	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

*Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026
27/02/2020*

Reçu de caisse

N° : 200227124937MA /

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000190409	EL ALAOUI BAHIJA	27/02/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	9984	300,00
Total payé		300,00

Reçu établi par :MAN.ELB

Centre
Monétique
Interbancaire

27/02/20 12:46:53

9900397952

93979501

HOP CHEIKH KHALIFA G7
Casablarca

A0000000032010

APP : VISA ELECTRON

SKALI/FAROUK.MR

xxxxxxxxxxxx8295

12/20 CARTE NATIONALE

871D6D55039F35A9

626-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 005

NUM AUTORISATION: 0Y9959

STAN : 009984

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT