

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

tique :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 P19- 064335

Optique 62582 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4558 Société : R.A.M
 Actif Pensionné(e) Autre:
 Nom & Prénom : Hammam EL Hossine
 Date de naissance : 11.11.1962
 Adresse : 15A Lot Smaïla El Oulja 452
 Tél. : 06.65.61.69.02 Total des frais engagés : 803,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :
 Date de consultation : 19 mars 2021
 Nom et prénom du malade : Hammam EL Hossine Age : 59 ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Suahan
 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) :

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
23/03/21	63		300 NH	Pr. Abdessamad EL AZHARI NEURORADIOLOGUE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SE PARMACIE AL AINNA	02/03/21	473,40

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Infirmerie ANNAIA Immeuble 58/1 - El Oued / Casablanca GSM : 064216560	02/03/21	1	1	02	1	#300R

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	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 : 2.3.24

m. Hammam El Housseine

~~330,00~~ Depomedrol 80

1 A c IM / SEM

2 Pois

~~169,00~~ Dolico X 90

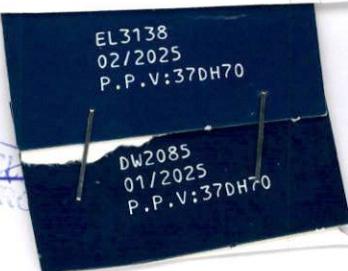
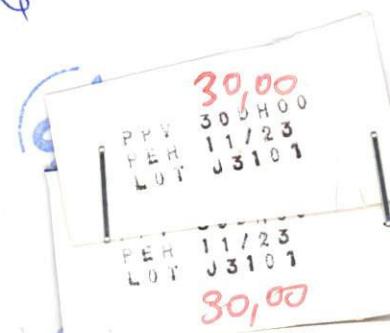
14/2

~~30,00~~ Delham

187,2

473,62

Pr. Abdessamad El NEUROCHIRURG
ANCA
Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - 10322 93 10 26
TÉL: +212 529 004 466 • FAX: +212 529 038 868 • www.hck.ma



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2103020954032850 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100311881	HAMMI EL HOUSSINE	02/03/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	14586	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : IMA.JAF





مركز النصدقيات

02/03/21

09:55:25

9900898067

93980601

HOP CHEIKH KHALIFA G12
Casablanca

A0000000032010

APP : VISA

EL HOUSSINE HAMMI

xxxxxxxxxxxxxx2748

04/23 CARTE NATIONALE

27BEF887D437AD5F

621-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 002

NUM AUTORISATION : 320614

STAN : 014586

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 22 694 / 2021 du 02/03/2021

Nom patient : **HAMMI EL HOUSSINE**

Entrée 02/03/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 02/03/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation de neurochirurgie	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						Total encaissé	Solde
							300,00

