

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.

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.

Optique :

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.

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

72166

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013758

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2948 Société : RETRAITC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LEMZAOUI M Date de naissance : 1946

Adresse : SIDI AYDI BP 3032 LA POSTE HAY FARZAH

Tél. : Total des frais engagés : SETTAJ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Soi-même Conjoint 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture.

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	Coefficient des travaux
DROITE 12 11 21 22 GAUCHE 23 24 25 26 27 28			Montant des soins
14 15 16 HAUT 29 30 31 32			Début d'exécution
33 34 35 36 BAS 37 38 39 40			Fin d'exécution
41 42 43 44 45 46 47			

O.D.F. Prothèses dentaires

DROITE 12 11 21 22 GAUCHE 23 24 25 26 27 28	Détermination du coefficient masticatoire	H	Montant des soins
14 15 16 HAUT 29 30 31 32		D 25533412 00000000 G 21433552 00000000	
33 34 35 36 BAS 37 38 39 40	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		
41 42 43 44 45 46 47			

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

W18-405054

Date de Dépot

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



W18-405054

DATE DE DEPOT

/...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom

Fonction : Phones.....

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date 02/07/19

Nature de la maladie

Date 1ère visite

C.P.A

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Dr. MAACOUNI TAIB

Anesthésiste - Réanimateur



091171058

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 82 443 / 2019 du 02/07/2019

Nom patient : LEMZAOUI MOHAMED

Entrée 02/07/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/07/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation pré-anesthésique	1,00		300,00 Sous-Total	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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 71
E-mail: contact@chkhk.ma
N° INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

Méd'HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 19070214481334000 j 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900083135	LEMZAOUI MOHAMED	02/07/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	4423	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MIS.CHE



**Centre
Monétique
Interbancaire**

02/07/19 14:49:46
9900398026
93980201
HOP CHEIKH KHALIFA G10
Casablanca

A00000000032010
APP : VISA ELECTRON
LEMZAQUI MOHAMMED
xxxxxxxxxxxxx2862
08/22 CARTE NATIONALE
912F475E306F3712
620-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 017
NUM AUTORISATION : 0N0217
STAN 004423

DEBIT

Le CMI vous remercie

**TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT**