

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.

diologie 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.

ntaire :

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4116 G Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FAIKI LATIFA

Date de naissance : 01/04/1959

Adresse : PHONIX B villa 13 Avenue F. Ben Slimane

Tél. : 06681487546 Total des frais engagés : 350 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 17 FEV. 2018

Signature de l'adhérent(e) :



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **18 808 / 2022** du **14/02/2022**

Nom patient : **FAIKI LATIFA**

Entrée **14/02/2022**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **14/02/2022**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation avec électrocardiogramme	1,00		350,00 Sous-Total	350,00 350,00
Total Frais Clinique				350,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	350,00

Encaissements						Total encaissé	Solde
							350,00



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 22021414285710571 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200462465	FAIKI LATIFA	14/02/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	024031	350,00
PAYANT	Total payé	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : SAM.HAT





14/02/22
9900398067
93980601
HOP CHEIKH KHALIFA G12
Casablanca

14:23:53

A0000000031010
APP : VISA
MME FAIKI LATIFA
xxxxxxxxxxxxx6514
11/23 CARTE NATIONALE
OFEABDF310EC359A
621-0-9999-1-44

MONTANT: 350,00 MAD

NUM TRANSACTION : 023
NUM AUTORISATION: 994540
STAN : 024031

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Id :
Latifa, Faiki
Indéfini --- (--) Indéfini
Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :
Technicien :
Commentaires :

14/02/2022 14:00:12

FC: 65 bpm PR: 162 ms R_{v5-6/Sv1} : 0.81/0.61 mV
QRS: 84 ms Sok-Lyon : 1.41 mV
QT/QTcH: 388/397 ms Axe: 48/-42/29 °
QTcB: 404 ms QTcF: 398 ms

Rythme sinusal

Erreur possible de séquence: V2,V3 omis

-- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexe du patient --

Déviation axe gauche

ECG limite

RAPPORT NON CONFIRMÉ

TA 139/76



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:40Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693