

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-670999

11350

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

6240

Société

RAM

Matricule :

6240

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

SRHIER OUADI

Date de naissance :

14-06-1960

Adresse :

123 Résidence SEKKAT étage 1 apt 1
Rue Abou el WAQT KHALAF Bourjergane Casablanca

Tél. :

0633058153

Total des frais engagés :

408

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

SRHIER OUADI

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Lien de parenté :

HBL

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 : Casablanca

Le : 11/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : SRHIER jd



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/01/2018 10/01/2018	Urologie - Transplantation-Rénale	1	300,00 €	INP : 091037708 Université Internationale Cheikh Khalifa Pr. RABII Redouane Urologie-Transplantation-Rénale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>CHARLES EL MANAR</i> <i>Avenue Mohamed Bourguiba</i> <i>CASTELLA</i>	<i>11/03/2024</i>	<i>180,00</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

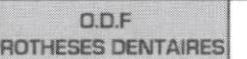
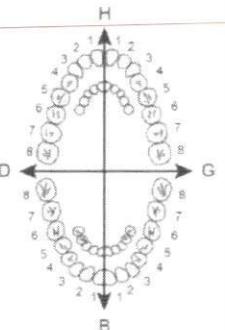
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	
	
	
	
	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

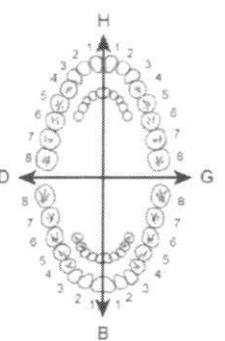
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

M/03/05/2012

M^r SRHIER ouadi

✓ FCA 54

141

1 Fr

سواليفيناسين
سيكلينات

فيكا®

LOT : 6979
UT. AV : 02-25
P.P.V : 108 DH 00

قراصا ملمسا

3n

ARMERIE EL MANAR
CASA S.A.R.L AU
avenue Mehdi Ben Barka Bourgogne
CASABLANCA

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 31246 / 2022 du 11/03/2022

Nom patient	SRHIER OUADI	Entrée	11/03/2022
	PAYANTS	Sortie	11/03/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation d'urologie	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
Total Clinique				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid
Tel.: 0529 03 53 45
Fax : 0529 03 47 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
Souscrit le 00/00/1997

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 220311140702RA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200474840	SRHIER OUADI	11/03/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1001	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : RAD.WAH

Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail : contact@frckm.hnk.ma