

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 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 |

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° W21-644729

119972

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8361	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL YOUSFI SAMIR			
Date de naissance : 15/04/67			
Adresse : N 19 JHM 1 RESIDENCE NADIA			
Tél. : 0661266203		Total des frais engagés : 600,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  1304/2022			
Date de consultation :	1304/2022	Age :	42 ans
Nom et prénom du malade :	Réhiaoui Houria		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Dermatose		
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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 13/04/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Maturées des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/09/2022	10/09/2022	6	6	INP : [REDACTED] Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Professeur Assistant AGHARBI FATIMA ZAHRA Dermatologie Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Professeur ASSISTANT AGHARBI FATIMA ZAHRA Dermatologie
		300		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	161224647	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Laboratoire National</i> 6/10/22 Tel 022 205.02 E-mail : labo@ckm.tn	19.09.22	B260 R	500000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
	D 00000000 35533411	B 11433553		DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

٢٢١٠٤١٢

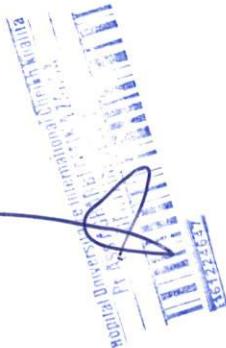
Casablanca, le :

Hôpital -

REHISOVI

Laboratoire National de Référence
Tél : 05.29.05.02.33
mail : labe@fckm.bm

Conti filimie 084



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 45 347 / 2022 du 12/04/2022

Nom patient : REHIOUI HOURIA

Entrée 12/04/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 12/04/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0250	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

Laboratoire National de Référence
Tél : 05 29 05 02 33
www.lnk.ma

Reçu de caisse

N° : 2204120823312320 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200488806	REHIOUI HOURIA	12/04/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	8629	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SALJAR

Laboratoire National de Recherches
Tel : 05 29 05 02 33
E-mail : labnrlab@icam.tn.mr

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse*Méd***HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

N° : 22041314501711501 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200489725	REHIOUI HOURIA	13/04/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	2931	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : GHI.SEL



Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.men
N°INP 090061893

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 46 350 / 2022 du 13/04/2022

Nom patient : REHIOUI HOURIA

Entrée 13/04/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 13/04/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation de dermatologie	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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.mn
N°INP 00006181



SANS CONTACT



12/04/22 08:20:50
9900397911
93979101
HOP CHEIKH KHALIFA G5
Casablanca

A00000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxx8920
CARTE NATIONALE
30502D82B5F0CC5F
201-0-9999-1--44

MONTANT : 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001
NUM AUTORISATION : 382548
STAN : 008629

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT



SANS CONTACT



13/04/22 11:46:51
9900398075
93980701
HOP CHEIKH KHALIFA G13
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxx892C
CARTE NATIONALE
B1AC85DF850C7E1E
201-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD
NUM TRANSACTION 005
NUM AUTORISATION 257149
STAN 002931

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT