

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.

M23-001291

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10319

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HANDI SANIRA

17/10/83

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0522699566

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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.

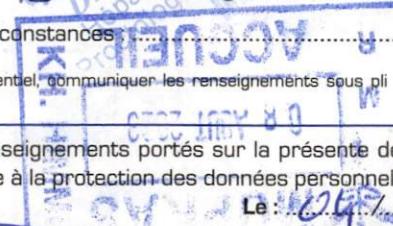
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

CASABLANCA

Le 04/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : Handi Sanira



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
28.07.2023	8	8	300	CHIRURGIE MEDICO-DENTAIRE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
28/07/2023	307.70	092105493

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 in both upper and lower arch				



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 28/7/2023

1^e ISAN 82
SANNA

209,00

1/ E 2 IN 1 40

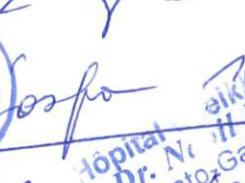
works

ok . 2 /

58,30
. 3 /

4 /

207,30



Hôpital

Dr. N. El BENJELLOU

Hépato-Gastro-Entérologie

Proctologie Médico-Chirurgie

INFE. 111118402

PHARMACIE
DE L'AEROGARE
MOHAMMED V
tel: 05 20 76 70 70

1/ 092105493

LOT: 3186
PER: 03 - 25
P.P.V: 58 DH 30

Libman

2 x 1

Reçu de caisse

N° : 2307281444138650 / 1 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300723107	HAMDI SAMIRA	28/07/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	004106	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SAL.MAI

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 22 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hck.mci.ma
N° Tél : 090061862

PPV:209DH00
PER:08/24
LOT:M1092-3



ميتوسباسميلا®

سترات ألفيرين 60 ملغ سمتكون 300 ملغ

METEOSPASMYL® B 20 caps molles

Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

رقم لحصة / :
T. الإنتاج / :
T. إ. ص. / :
EXP / :

VN9087

07-2022

07-2025

20 كبسولة لينة

عن طريق الفم

مايوسي
سبندر



SANS CONTACT



28/07/23

13:38:09

9900397952

93979501

HOP CHEIKH KHALIFA G7
Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxxx0614

CARTE NATIONALE

2320D5F79AD96377

221-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 005

NUM AUTORISATION: 509128

STAN : 004106

DEBIT

Le CMI vous remercie

**TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT**