

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8361

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL VOUSFI SAMIR

Date de naissance : 15/04/1964

Adresse : Résidence Nardia Tm L Cité plateau

Tél. 0661265209

Total des frais engagés 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/01/2014

Nom et prénom du malade : REHTOUT HOUSSA Age : 44

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DERMATOLOGIE

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 : 31/01/2014

Signature de l'adhérent(e) : Chafik

Le : 31/01/2014

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
24/01/2012	Injection	300,00		DR. G. G. DE LAURENTIIS DÉPENSES HOSPITALISATION
	DÉPENSES			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 16 920 / 2024 du 31/01/2024

Nom patient : REHIOUI HOURIA

Entrée 31/01/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 31/01/2024

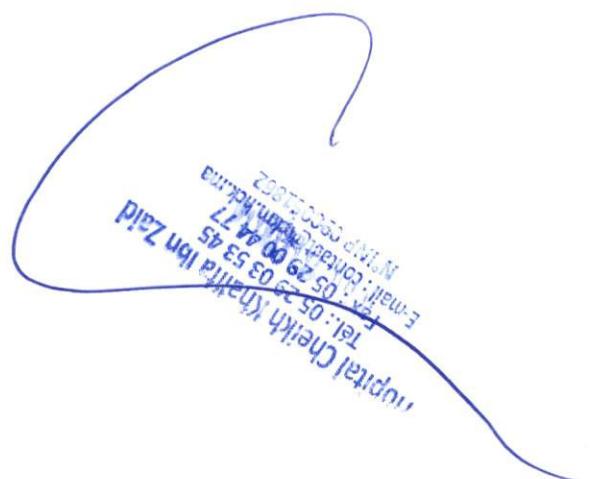
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE DERMATOLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

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



Reçu de caisse

N° : 2401311428102760 / 2 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400822108	REHIOUI HOURIA	31/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	6542	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

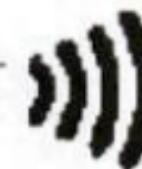
Reçu établi par : GHILSEL

Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
Email: caisse.hkibnzaid@chekh-khalifa.tn



مراكز التقديمات

SANS CONTACT



31/01/24 14:24:23
9900398075
93980701
HDP CHEIKH KHALIFA G13
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxxx8920
CARTE NATIONALE
148EE96EA5C1B633
201-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 005
NUM AUTORISATION: 019097
STAN : 006542

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT