

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-433414

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 40308 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bengoudou Fatima

Date de naissance :

Adresse : Lot Alfidouss App 7 C-102 2 IHB 8

Tél : 06 62 46 7656

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02 / 08 / 19

Nom et prénom du malade : RAFICARIT Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : CA 80351 CA Le : 28 / 10 / 19

Signature de l'adhérent(e) :

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 106 483 / 2019 du 02/09/2019

Nom patient : **RAFIK ARIJ**

Entrée 02/09/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 02/09/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation de pédiatrie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

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

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Signature

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 03 44 77
 Email : contact@hck.ma
 N° INP : 090061862



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 02-09-15

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Vaxigrip inj b1_ser
0,5 ml
P.P.V : 72,80 DH
6 118001 080748

Anij Rafik



72,80

1) Vaccin grippe vaccin

Dose pédiatrique

PHARMACEUTIQUE OUM ERABII
Dr. Adnane B. EL
40, Boulevard Oum El Hassani El Oued
CASABLANCA - Tél : 05 22 90 00 72 - Fax : 05 22 90 12 66

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. Oum Khouba
Professeur de médecine
Directrice de spécialité
Tél : 05 22 90 00 72