

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

R.A.M

Maladie Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2741 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAFID AHMED

Date de naissance : 01/01/1984

Adresse : Rue 1 villa 43 el houda Benrechid

Tél. 0668640823 Total des frais engagés : 43245,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



INP 0962578

Date de consultation : 28/11/2012

Nom et prénom du malade : HAFID AHMED Age : 68 an

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : hypertension , presbytie

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 : Benrechid Le : 06/12/2012

Signature de l'adhérent(e) :

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
28/11/22	CS		300,00	INP 09/09/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASSOUM Samir Docteur en Pharmacie ASSOUM HABIB MOUSSA BERRECHID TAI 05 77 27 87 00	28/11/2022	145,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CHAUVA OPTIQUE	6/12/22					2800

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
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. A coordinate system is overlaid with H at the top, G to the				

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

28/11/2022

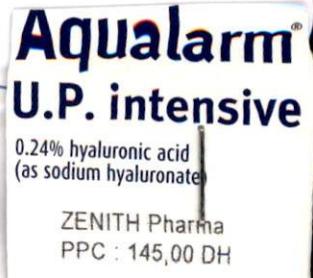
Dr. ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
RUE ASSALAM Hay Al Hassani
BERRECHID
Tél. : 05 22 37 84 93
HAFID AHMED

145,00

- Aqualarm



- 1 gtt x 4/j pendant (3 mois)



Dr. ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
RUE ASSALAM Hay Al Hassani
BERRECHID
Tél. : 05 22 37 84 93

دكتور سامي
استاذ في العيون
Dr. Adil MEHACHI
Professeur Agrégé en Ophtalmologie

INPE 091085718

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 28/11/2022

HAFID AHMED

Monture + Verres de correction pour
vision loin et près

CHAKOUA OPTIQUE
STIROU FEF CHAKOUA
Opticien - Optométriste
Bd Dakhaia - Hay El Hassani
TEL : 0529 53 48 20
VIE
ADD : ODG : + 2,25 D

د. عاليل المصاوي
أستاذ مسني في العيون
Dr. HAFID CHAKOUA
Professeur agrégé en Ophtalmologie

NFOSID 25718



CHAOUIA OPTIQUE

Fedoua Stitou

Opticienne - Optométriste

Facture N° 000303

Berrechid le... 6/12/22

Client Mr.... Hafid.... Ahmed

Qté	Désignation	Prix	Total
1	Monture	600	600
2	V - progressif optique multif	1100	1100
	OD : +1,25 (-0,50 90)		
	OS : +1,25 (-0,50 60)	1100	1100
	SGO +2,25	0	0
			2800
			2800

Arrêtez la présente facture à la somme
de... 2800 Dhs

18 BD Dakhla hay al mouna - Berrechid - TÉL.: 05 22 53 48 20

I.F: 92980210 PATENTE : 40712938 Re :7450 CNSS : 468054

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 157 078 / 2022 du 28/11/2022

Nom patient : **HAFID AHMED**

Entrée 28/11/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 28/11/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	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.men
N°INP 090061862

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2211281554064410 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200599861	HAFID AHMED	28/11/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0551	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MAN.ELB

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél. : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
N°INP 090061862



مركز التقديمات

SANS CONTACT



28/11/22 15:27:28
9900397911
93979101
HOP CHEIKH KHALIFA G5
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxx7374
CARTE NATIONALE
5108DA90EC2D3798
221-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 005
NUM AUTORISATION: 747071
STAN : 000551

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT