

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.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- N° 003383

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 41145 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FAIKI LATIFA
Date de naissance : 21/04/1959
Adresse :
Tél. : 0668484546 Total des frais engagés : 604.46 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
14/11/22	CS + FCB		359,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE JERRADA 51, Bd Abderrahmane Bouabid Oasis - CASABLANCA Tél: 0522 23.54.49 / 0522 99.47.20	11/11/2022	254,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G														
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. ASSISTANT ELOUARRADI AMAL
CARDIOLOGIE
141401250

Mr Taiki Lahf 254.40
3 x 84.90

Prezor 50  1 cp 3 fois

Additua Nelli 1 cp x 1 fois

PPV: 84DH80
PER: 03/25
LOT: L1009-1

PPV: 84DH80
PER: 07/25
LOT: L2427

PPV: 84DH80
PER: 11/24
LOT: K3275

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. ASSISTANT ELOUARRADI AMAL
CARDIOLOGIE
141401250

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 150 144 / 2022 du 14/11/2022

Nom patient : **FAIKI LATIFA**

Entrée 14/11/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 14/11/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION AVEC ELECTROCARDIOGRAMME (E	1,00		350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
Total Frais Clinique				350,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total 350,00

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		350,00		350,00	0,00

*Hopital Universitaire
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie*

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2211141456299000 / 2 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200593012	FAIKI LATIFA	14/11/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	003493 Lui-même	350,00
PAYANT	Total payé	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : NOU.ELH



مركز الدفعات

14/11/22 14:29:01
9900397754
93977501
HOP CHEIKH KHALIFA G2
Casablanca

A0000000041010
APP : Mastercard
M EL MOHANI ABDERRAHMAN
xxxxxxxxxxxx8200
06/24 CARTE NATIONALE
88F642067D6B8D2F
221-0-9999-1-55

MONTANT: 350,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003
NUM AUTORISATION: 410595
STAN : 003493

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT



KHALIFA IBN ZAID

14/11/22 14:29:01
9900397754
93977501
HOP CHEIKH KHALIFA G2
Casablanca

A0000000041010
APP : Mastercard
M EL MOHANI ABDERRAHMAN
xxxxxxxxxxxx8200
06/24 CARTE NATIONALE
88F642067D6B8D2F
221-0-9999-1-55

MONTANT: 350,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003
NUM AUTORISATION: 410595
STAN : 003493

- DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

/ 0

Nom du patient	Date encaissement
FAIKI LATIFA	14/11/2022

Références du paiement	Montant Dhs
003493 Lui-même	350,00
Total payé	350,00

TROIS CENT CINQUANTE DIMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Reçu établi par : NOU.E.LH

Id : XXXXXXXXXX

Latifa, Faiki

Indéfini --- (---) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

14/11/2022 15:56:15

FC: 72 bpm

PR: 150 ms

QRS: 78 ms

QT/QTcH: 366/387 ms

QTcB: 401 ms

QTcF: 389 ms

Rvs-r/Sv1 : 0.19/0.41 mV

Sok-Lyon : 0.60 mV

Axe: 37/-51/34 °

RAPPORT NON CONFIRMÉ

