

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0037155

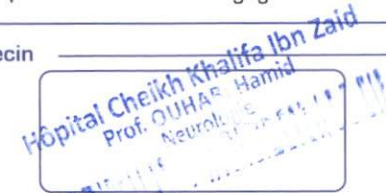
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3048 Société : 158656
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Bouhmissa Abdelaziz
Date de naissance : 30/09/1949
Adresse : Résidence O. Houloum - Rue 6 n° 64
EL OULFA
Tél : 0650397134 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/01/2023
Nom et prénom du malade : LATIA CHAATA Age: 73
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Dégénérescence Alzheimérienne
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) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
26/01/23		CS	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/01/23	1 = 1005

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

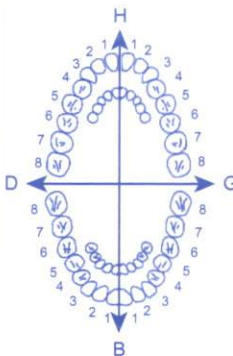
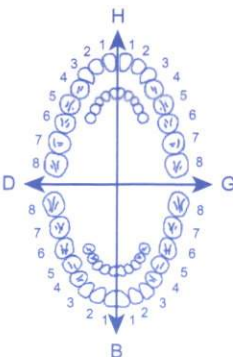
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 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></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</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		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	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 :

26/01/2023

A. KHALIFA

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivorie 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

LOT: 224005
PER: 05/2023

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50

P.P.V. : 410DH80



118000 010227

PHARMACIE SARLA-U
SARLA-U
400 Lot Smiralda Lissasf
Casablanca
Tél/Fax: 05 22 65 20 07

31 Avlocardyl 40mg

0,25 - 1 h - 1/2 x 1/2
0,25 - 1 h - 1/2 x 1/2
0,25 - 1 h - 1/2 x 1/2

4 ATHYLIL 30

1/2 h - 1/2 x 1/2

98,30

LOT: 224005
PER: 05/2023
98,30

1/ keppra 1000

2 p h m x 10 j

1/2 p h m x 10 j

1/2 p h m 2 1/2 x 10 j

bx 78,10

3/ Lamictal 25

PHARMACIE SARANAT
S.A.R.L. - U
140 - Les SmithKline Maroc
Casablanca
Tel/Fax: 05 22 65 20 07

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd
Prof. Ouhad Hamid

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 78,10 DH
ID: 651464
118001140817

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 78,10 DH
ID: 651464
118001140817

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 78,10 DH
ID: 650304
118001140817

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 78,10 DH
ID: 646923
118001140817

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 78,10 DH
ID: 648123
118001140817

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 78,10 DH
ID: 649670
118001140817

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 12.719 / 2023 du 26/01/2023

Nom patient : LATIFI KHADIJA EP BOUHMIDA

Entrée 26/01/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 26/01/2023

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



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 230126100524ZA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300629524	LATIFI KHADIJA EP BO	26/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	009189	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par :ZAH.GHA





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
S.A. - 10000 CASABLANCA - MAROC

26/01/23

09:38:06

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA**

A0000000032010

MABMCI

ABDELAZIZ BOUHMIDA

439377*****6899

03/23 CARTE NATIONALE

621-0-0000-1-44

Num Commerçant : 2220064

Num TPE : 08173373

Num Transaction : 000001

Num Autorisation : 646836

Num STAN : 009189

MONTANT : 300,00 MAD

DEBIT

Copie client

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74