

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

- 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

M22- N° 003388

ASXSSA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4146 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAIKI LATIFA

Date de naissance : 01/01/1959

Adresse : AFNOPONT Ben Sliman

Tél. : 06687546 Total des frais engagés : 598 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : IMAILOU MOHAMMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HJA

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) :



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
21/12/2015 Hôpital Universitaire de Dakar International Cheikh Abdou Consultation Cardiologique		9 + ECG	350,00	Dr. S. M. DIALLO 21/12/2015 Hôpital Universitaire de Dakar International Cheikh Abdou Consultation Cardiologique 350,00 12120326

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMAGÉ LEROYER BENSIMMANE 01 et 02 Cite Militaire Aéroport De Benslimane Benslimane	27/03/23	248,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

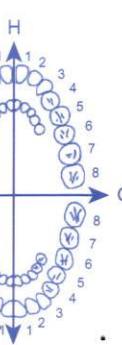
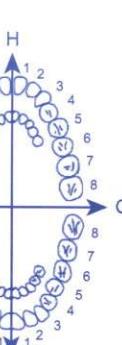
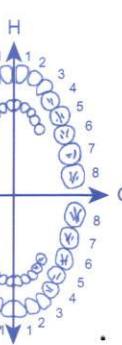
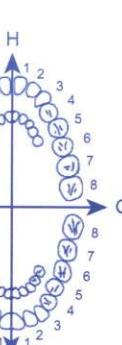
AUXILIAIRES MEDICAUX

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"/>
				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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>			
	<p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p>			
	<p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p>			
	<p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 45 184 / 2023 du 27/03/2023

Nom patient : FAIKI LATIFA

Entrée 27/03/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 27/03/2023

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

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS Total 350,00

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 230327142738NO / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300661897	FAIKI LATIFA	27/03/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	004984 Lui-même	350,00
	Total payé	350,00

Reçu établi par NOUVELII

R. ELQARRAD2

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

27 03 - 23

M^e Fatiha El Dajoudi

121203264

Prégrar 50⁰
1 30
82,70 x 3

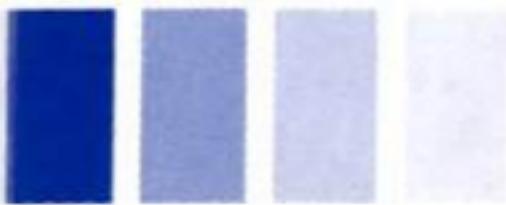
x 3 mois

$$T = 248,10$$

N° 14
01 de la Cité militaire
Aéroport De Ben Slimane

Hôpital Universitaire International Mohammedia
Pr. Assistan El Dajoudi Amal
Cardiologie

121203264



PREZ

Losartan

L 7 D
L 0 R
4 V
L 1 B
3 O 2
4 / D
9 2 H
5 7 0



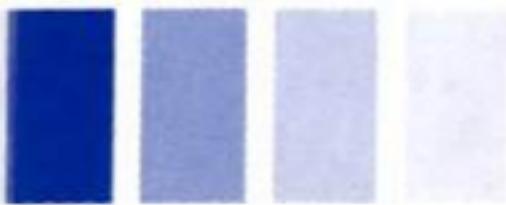
bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaâ - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

30

Com
pell
sécal

Voie orale



PREZ

Losartan

L 7 D
L 0 R
4 V
L 1 B
3 O 2
4 / D
9 2 H
5 7 0



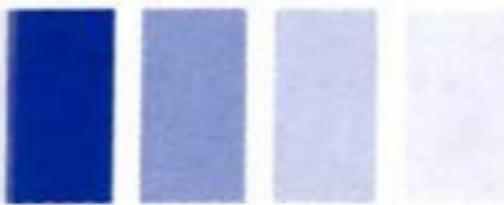
bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

30

Com
pell
sécal

Voie orale



PREZ

Losartan



L 7 D
L 0 R
V
4
L 1 B
3 0 2
4 / D
9 2 H
5 7 0
6



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

30

Com
pell
sécal

Voie orale



27/03/23 13:57:07
9900397754
93977501
HOP CHEIKH KHALIFA G2
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
MME FAIKI LATIFA
xxxxxxxxxxxxx6104
11/23 CARTE NATIONALE
3BAF3158F4EBF5EF
221-0-9999-1-44

MONTANT: 350,00 MAD
NUM TRANSACTION : 002
NUM AUTORISATION: 450795
STAN : 004984

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT