

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.

M23-0029369

185465

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 14 68

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YOUSSEF BAABI

Date de naissance : 18/11/1950

Adresse : HAY EL Mohamadi HAY DAKHLA IZOGH

Code postal : 50000

Téléphone : 66 110 9638

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/10/2013

Nom et prénom du malade : Romigane AMINA

Age : 67 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

traumatisme doual sous a moelle

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
04/12/2023	g	3000000		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALOUATI Bd Fouarat Hay Mohammadi Casablanca Tél: 0522 60 16 75	04/12/23	Pharmacie ALOUATI Bd Fouarat Hay Mohammadi Casablanca Tél: 0522 60 16 75 092081488

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

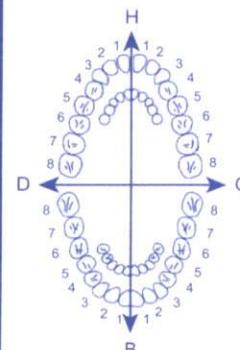
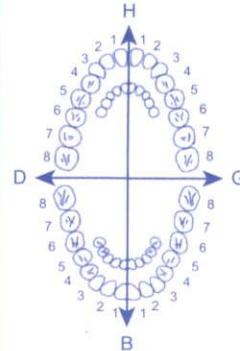
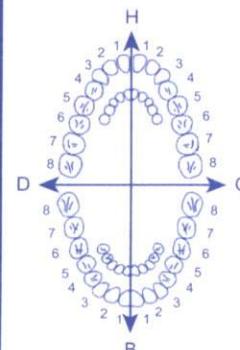
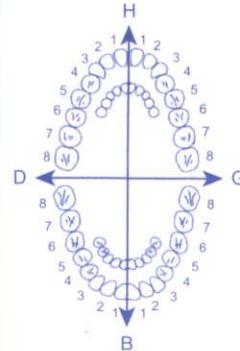
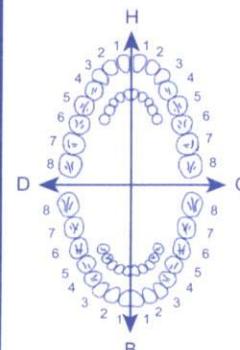
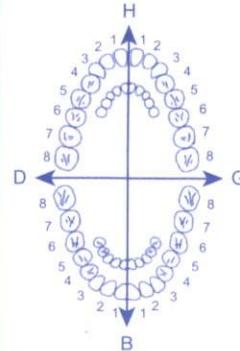
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				
				

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

04/10/1993 M'ayane Amina

133,00

1) Arcoxia 90 mg
1cp/j



52,80

2) Reboxylon
1cp 3x/j



28,00

3) Vitanrevil
1cp 3x/j



143,00

4) Gec



5) Oslo 96

410,750 C^f matin 1cp Ma 11 08/10/1993

Pharmacie ALOUATI
Bd. Fouarat, Hay Mohammadi
Casablanca
Tél: 0522 60 16 75



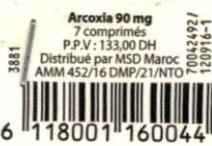
PPV

LOT

PER

28,80

LOT 220197
EXP 09/2024
PPV 52.80DH



PER 20/2026
01/23/2024

RELAXOL 500MG/2MG
CP 820



P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

LOT: 2303008
EXP: 03/2026
P.V.C: 143.00DH

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 136.595 / 2023 du 02/10/2023

Nom patient : MOURJANE AMINA

Entrée 02/10/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/10/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE NEUROCHIRURGIE	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



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 231002143443SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300754586	MOURJANE AMINA	02/10/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	21021	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : SAR.SLA





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS ESTIMATION RECHERCHE

02/10/23

13:25:31

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA**

A0000000031010

VISA

432

430338*****0011

06/24 CARTE NATIONALE

226-0--0-44

Num Commerçant :	2220064
Num TPE :	08172121
Num Transaction :	000003
Num Autorisation :	682345
Num STAN :	021021

MONTANT : 300,00 MAD

DEBIT
Copie client



**DEVENEZ COMMERÇANT NAPS
APPELEZ LE 05 22 91 74 74**