

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

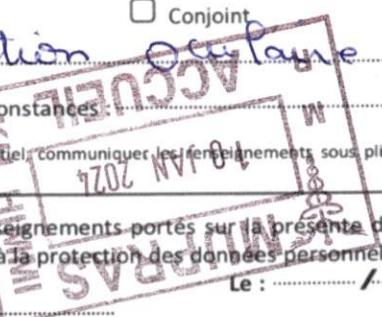
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

190803

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 10685		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : DINAR BOUAFRA		
Date de naissance :		
Adresse : 40 BLV ANUAL ANDALOUSSIA		
Tél. : 0524 061213582		
Total des frais engagés :		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
		
Date de consultation : 29/11/2023		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Affection occupante		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT OCCUPANT		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at. médecin conseil de la Mutuelle.		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je 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
29/11/23	CS		300.00	INP : [REDACTED] Hôpital Universitaire de Casablanca - Dr ER-RACHID SSA Cheikh Khodja - Dr ER-RACHID SSA Dr ER-RACHID SSA 090061862



EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
29/11/23	750.00

ANALYSES - RADIographies

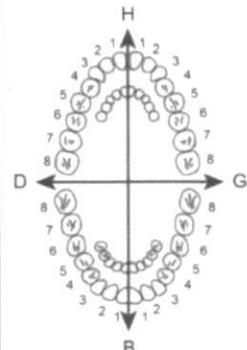
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

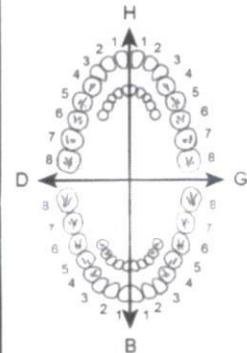
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 231129113756SO / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300786737	DINAR BOUCHRA	29/11/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	4347	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : SOFOUB

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid,
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@hckm.hk.mn
N°INP 090061852



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 25/11/2023

Nedra Diner Bachra

11 Levophtha collyre 15 ml
15 ml 1/2 10 ml poft naciri



LEVOPHTA 0.05%
CONSEPT PHARMA
ZENITH PHARMA
AMM N° 728160MP2YINRCI
6718001270354



PPV 75.00 DHS

LOT 144
FAB 14/09/2022
EXP 14/09/2024

HP070
10-2022
09-2024



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 29/11/2023
Numéro : 168 213



090061862

Nom patient : DINAR BOUCHRA

Médecin : DR. ER-RACHIQ ISSAM
Ophthalmologie

2300786737

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	300,00

Total	300,00
<i>Arrêtée la présente à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	

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



مركز المنشآت

29/11/23 10:24:46
9900397911
93979101
HOP CHEIKH KHALIFA G5
Casablanca

A0000000041010
APP : MASTERCARD
BOUCHRA DINAR
xxxxxxxxxxxxx0339
12/24 CARTE NATIONALE
6291306F7F0719CC
201-0-9999-1-55

MONTANT : 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 002
NUM AUTORISATION: 684179
STAN : 004347

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT