

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° 004472
198323

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3235 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KEJDI NAIRN
 Date de naissance : 1-1-1983
 Adresse : Rue AHMED CHARCI Rd- du Palais
 Casa Blanca
 Tél. : 0661156276 Total des frais engagés : 300 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/02/2019
 Nom et prénom du malade : Nejdi Naïrme Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ARCV

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 : Casa Blanca Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

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
01/02/24	Consultation Cardiologie		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALFA JIDA Casablanca - Tel: 05 22 20 28 67	3/2/24	24140
PHARMACIE ALFA JIDA Casablanca - Tel: 05 22 20 28 67	01/2/24	11260

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

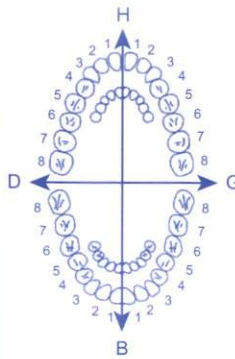
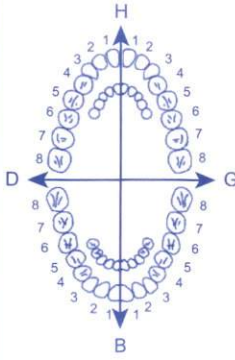
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

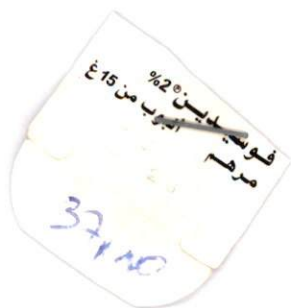
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Tel. 0670138838





PHARMACIE ALJALAL
N° 22 28 28 67
Avenue Hassan II
Casablanca, le :

وصفة طبية

Ordonnance

3/2/2014

Dr. Nejda

13470

(1)

Fenidol 200
2 cp 2x par jour

R3

748 =

(2)

2000
2 cp 2x par jour

R1

(2)

Seper 500.

1 cp 2x par jour

3710

(3)

Fenidol 200
2 cp à charge posant

24640

Pr BELMIR HICHAM
Chirurgie Vasculaire
et Endovasculaire
INPE: 061768437




وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

01102124

M^{re} NEJDI Naïma.

- 1/ 4880
Dine 20 j 
1 q et se 1 j le matin
4220 polt 10 j puis degenon.
2/ Calcefox D3 1 q/j
2460
3/ Potashe 10 j 1 cax 2 j

11260


Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr RAJAA JABBOURI
Professeur Agrégé - Médecine Interne
091178533

Handwritten text, likely a prescription or medical note, is visible at the top of the page.

POTASSIUM
LAPROPHAN®
Siroop
125 ml

LOT
1787
EXP. 03/2014
500/125
606 D

42.00



42.00



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

01/02/24

cher confrère,

Pourriez-vous de vous adresser à
NEJDI Nadia, âgée de 78 ans,
ayant une ATCD - néo du sein
traitée en 2010, et f- présente -
lignes emphatiques myotome avec
vasculature des doigts.

Je vous l'adresse par poste
en charge.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr RAJAA JABBOUR
Professeur Agrégé - Médecine Interne

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 01/02/2024
Numéro : 17 579



090061862

Nom patient : NEJDI NAIMA

Médecin : DR. BELMIR HICHAM
Chirurgie vasculaire

2400822799

PAYANTS

	Montant
- Consultation de chirurgie vasculaire p	300,00

Total	300,00
Arrêtée la présente à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 240201123448SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400822799	NEJDI NAIMA	01/02/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	8251	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : SANJAK

Centre universitaire international
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie



مركز القديسات

01/02/24 12:32:11

9900397754

93977501

HOP CHEIKH KHALIFA G2

Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

NAIMA NEJDI

xxxxxxxxxxxxx5979

04/24 CARTE NATIONALE

7B3E95A252E8820B

221-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 005

NUM AUTORISATION: 976980

STAN 008251

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

COPIE CLIENT