

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.

Biologie 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

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



53665

Déclaration de Maladie : N° S19-0000455

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 20929 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAMMOU KHADIJA Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 02/07/2020
Nom et prénom du malade : MAMMOU KHADIJA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : CATARACTE
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) :

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
02/01/2020	CS		CG	
02/01/2020	CS		300.000 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/01/2020	radiographie	500.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

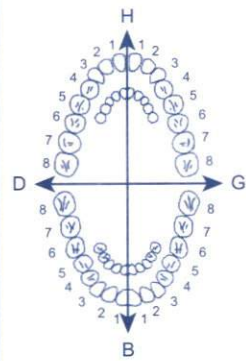
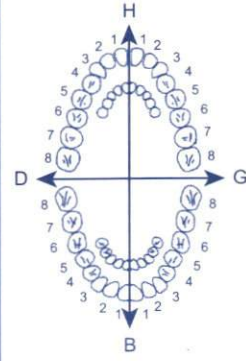
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>		Coefficient DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 02/07/2020

Moummou Khadija

→ échographie oculaire OG

- LA = 24 mm
- Cristallin hyperechogène
- vitre transparente
- Rétine à plat.

→ Oeil droit :
cristallin hyperechogène, vitre transparente
rétine à plat

⇒ échographie oculaire
normale





وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

08/07/2020

Amour Khadja

Contraste oculaire Blanche

Echographie B



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 62.009 / 2020 du 02/07/2020

Nom patient : MOUMMOU KHADIJA

Entrée 02/07/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/07/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation pré-anesthésique	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					Total encaissé	Solde
						300,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 22 89 28 54
 E-mail: contact@icrh.hk.ma
 N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 61 975 / 2020 du 02/07/2020

Nom patient : MOUMMOU KHADIJA

Entrée 02/07/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/07/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE OCULAIRE EN MODE B	1,00	F	500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
Total Frais Clinique				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Total 500,00

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			500,00		500,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54
E-mail: contact@hck.ma
N° INP 090061862

HOPITAL.CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2007021622012750 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000223242	MOUMMOU KHADIJA	02/07/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	6890	500,00
PAYANT	Total payé	500,00
CINQ CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ZAH.MOU

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hckm.ma
N° INP 09/051852

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2007021540333700: / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000223273	MOUMMOU KHADIJA	02/07/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	000701	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : FAT.SAF



SONNTECH
MOUMMOU, KHADIJA
OS 1/1/1950



Jul 02, 2020
16:46:09

Mag: 1.0X
60 Deg
20 MHz

Gain: 74 dB
TVG: 0 dB
Sens: 124 V
Base: 0 dB
EGain: 69 dB

SONNTECH
MOUMMOU, KHADIJA
OS 1/1/1950



Jul 02, 2020
16:36:42

Mag: 1.0X
60 Deg
20 MHz

Gain: 74 dB
TVG: 0 dB
Sens: 124 V
Base: 0 dB
EGain: 69 dB



مركز النقديات

02/07/20 15:37:16

9900397754

93977501

HOP CHEIKH KHALIFA G2

Casablanca

A00000000031010

APP : Visa

EL HAROUCHI /MOHA.

xxxxxxxxxxxxxx1704

09/21 CARTE NATIONALE

FA37B608395FA8A4

200-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 012

NUM AUTORISATION: 706850

STAN : 000701

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

POUR LE CLIENT



مركز النقدية

02/07/20

16:18:45

9900398067

93980601

HOP CHEIKH KHALIFA G12

Casablanca

A0000000031010

APP : Visa

EL HAROUCHI /MOHA.

xxxxxxxxxxxxx1704

09/21 CARTE NATIONALE

0203F50AAAEDA70A

200-0-9999-1-44

MONTANT: 500,00 MAD

NUM TRANSACTION : 030

NUM AUTORISATION: 709714

STAN : 006890

DEBIT

Le CMI vous remercie