

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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



Déclaration de Maladie

N° P19-0032977

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3331

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DAKIR ABDELMAJID

Date de naissance : 05/06/1960

Adresse : 72, 15TG LOT BLAD CHAMA

AL OULFA - CASA

Tél. : 0661394420

Total des frais engagés : 1700

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ADNANE Imane
Ophtalmologiste

Date de consultation : 22/03/2021

Nom et prénom du malade : DAKIR ABDELMAJID

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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

Le : 12/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)



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
22.02.21			300,-	DR. AL. ANE Imane

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	03 MARS 2021					Alaan

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(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'EXEC

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

22-02-2021

Dokin Youssef

lunettes pour vis de loi

OD = (-0,75 à 165°)

OE = (-0,75 à 180°)



DR. ADNANE IMANE
Ophtalmologiste

03 MARS 2021

LOZZA Optique

Souk Koréa - Bloc EF

N° 132 - Casablanca

Tél.: 05.22.82.12.83

GSM : 06.25.49.49.49

N° 002671



نظارات اللوزة

سوق القريعة - بلوك EF

الرقم 132 - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.82.12.83

الهاتف النقال : 06.25.49.49.49

Docteur : ADNANE RMANE

Mr.: AKIL YOUSSEF

Nomenclature :

Montures :

VL

VP

Type de verres :

* VISION DE LOIN :

OD :

Axe :

Cyl :

Sph :

OG :

Axe :

Cyl :

Sph :

* VISION DE PRES :

OD :

Axe :

Cyl :

Sph :

OG :

Axe :

Cyl :

Sph :

Odd :

Total :

Date :

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 19 399 / 2021 du 22/02/2021

Nom patient : **DAKIR YOUSSEF**

Entrée 22/02/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 22/02/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation d'ophtalmologie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

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

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 28 00 44 77
 E-mail : contact@hckm.hck.ma
 N° INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2102221335515260 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100308592	DAKIR YOUSSEF	22/02/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1196	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SAN.WAK

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ckm.hck.ma
N°IMP 090061862



مركز الدفعيات

SANS CONTACT



22/02/21

13:34:56

9900397952

93979501

HOP CHEIKH KHALIFA G7

Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxx9784

CARTE NATIONALE

CA767E50B8009057

201-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003

NUM AUTORISATION: 702063

STAN : 001196

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

COPIE CLIENT