

# 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3331

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DAKIR

ABDELMAJID

Date de naissance : 05/06/1960

Adresse : 72, 1<sup>er</sup> ETG lot BLAD EHAMA

AL-SULFA - CASA  
661384420

Total des frais engagés : 1700

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ADNANE Imane  
Ophtalmologiste

Date de consultation : 29/03/2021

Nom et prénom du malade : DAKIR

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affectation

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/03/2021

## 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
22-02-21	Hôpital Charles Nicolle tel: 05 29 08 44 82 fax: 05 29 08 44 83 E-mail: contact@chcn.hckp.fr N°INP: 13361932	300,-		DR. ALAIN NEIMANE Ophtalmologie

## 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

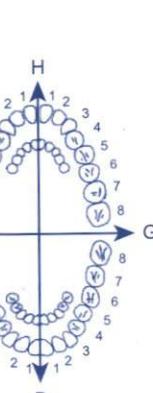
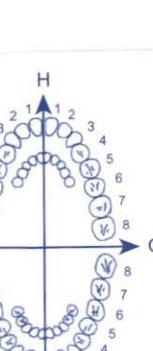
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	03 MARS 2021					16000

## 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 d

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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	D	G	25533412	00000000	21433552	00000000	35533411	00000000			11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	D	G																	
25533412	00000000	21433552																	
00000000	35533411	00000000																	
		11433553																	
B																			
				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

Dokis youssef

lunettes pour vis de loi

$$OD = (-0,75 \pm 165^\circ)$$

$$Og = (-0,75 \pm 180)$$



03 MARS 2021

D. ADNANE IMANE  
Optométrie

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 القرعية - بلوك  
الرقم 132 - الدار البيضاء  
الهاتف : 05.22.82.12.83  
الهاتف النقال : 06.25.49.49.49

Docteur : ADNANE I MANE

Mr.: DATIR YOUSSEF

Nomenclature :

Montures : VL M'AL optique = 1000  
VP ..... = 1000

Type de verres : OPTIMA Superfin Blue = 5000

\* VISION DE LOIN :

OD : Axe : 115° Cyl : -0.75 Sph : = 5000  
OG : Axe : 110° Cyl : 0.75 Sph : = 5000

\* VISION DE PRES :

OD : Axe : ..... Cyl : ..... Sph : ..... = 5000

OG : Axe : ..... Cyl : ..... Sph : ..... = 5000

Odd : ..... = 5000



Total : Mille quatre cent Dirhams = 5000

Date : 03 MARS 2021

# 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 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 22 00 44 77  
E-mail: contact@tckm.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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
tel : 05 29 03 52 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@cmh.hck.ma  
N°INPI 090061862



مراكز التصدیقات

**SANS CONTACT**



22/02/21 13:34:56  
9900397952  
93979501  
HOP CHEIKH KHALIFA G7  
Casablanca

A0000000031010  
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**