

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.

Education :

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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **3048** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **Bouymaa Abd elaziz**

Date de naissance : **30/09/1941**

Adresse : **Résidence 24 Hantoush Rue Ben Youcef**

Tél. : **650397134** Total des frais engagés : **30.82 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **07/01/2021**

Nom et prénom du malade : **LATIFI KHADDOUF** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Myopathie**

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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
08/04/21	CD		300,00 0 H	Hôpital Cheikh Khalifa prof. Oumraoui Abi Hamid

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARANAT S.A.R.L. 140 Lot Shmraida Lissasfa Casablanca Tél/Fax: 05 22 55 20 07	08/04/2021	2782.92

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 12x12 grid of 144 circles, centered at the origin (0,0). The grid is labeled with letters H, D, G, B and numbers 1-8. The grid is centered at the origin (0,0).

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

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISÉ ET SIGNÉ PAR LE PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 08/04/2022



Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Maroc
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



PHARMACIE SARANAZ
SARLAJ
Casablanca
02 22 65 20 07

Maphar
Bd Alkemia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V. : 240,00 DH
6 118001 184989

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaiden
Prof. OUHABI Hamid
Prof. Neurologist

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 40 303 / 2021 du 08/04/2021

Nom patient : LATIFI EP BOUHMIDA KHADIJA

Entrée 08/04/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 08/04/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de neurologie	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	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00



Reçu de caisse

Méd'HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2104080953267140 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100329073	LATIFI EP BOUHMIDA K	08/04/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	2843	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : FAT.AAT





08/04/21

09:55:02

9900398026

93980201

HOP CHEIKH KHALIFA G10
Casablanca

A0000000032010

APP : VISA

ABDELAZIZ BOUHMINA

xxxxxxxxxxxx6899

03/23 CARTE NATIONALE

0EB9B895F3A71A3B

621-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD

NUM TRANSACTION 005

NUM AUTORISATION 288604

STAN 002843

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT