

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

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



68332 Déclaration de Maladie

N° P19-0033614

Maladie Dentaire Optique Autres

MUPRAS
RECEPTION 9

en sur

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06402 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : AKERZOU L DRISS
Date de naissance : 09.02.1965
Adresse : 55 RUE 11 LOT 62 WAHDA 2 DEROUA
Tél. : 06 73 725431 Total des frais engagés : 679,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 17.02.2021
Nom et prénom du malade : AKERZOU L MOUHEMME Age: 13ans
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Eshub ouo
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 : DEROUA Le : 19/04/2021
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
17/02/21			300.00 \$	Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Dr. TAOUFIK Youness Chirurgie Pédiatrique 691029370

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ELFAIZ N 50 LOT Khadija 2 Deroua TEL: 05 22/51 58 69 INPE : 062071030	17/02/21	379.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

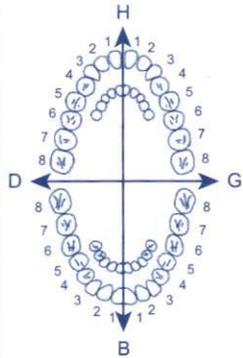
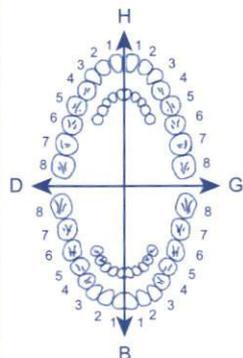
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				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

وصفة طبية

Ordonnance

17-07-2021

Casablanca, le :

AKE 12700C 700 HLCNT

132,00

Noxicloac

1/5

PHARMACIE ELFAIZ
N 50 LOT Khadija 2 Deroua
TEL: 05 22 51 58 69

PHARMACIE ELFAIZ
N 50 LOT Khadija 2 Deroua
TEL: 05 22 51 58 69

sachet x 2

67,50

Sedosten

1/5

predistigmo

39,70

fuvidine

1/5

solution

140,00

delo

1/5

08:00 } 10,
18:00 }
13:00 }
21:00 }
2 vers

PHARMACIE ELFAIZ
N 50 LOT Khadija 2 Deroua
TEL: 05 22 51 58 69

T=379,20

كوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ

39.70

Fucidine 2% pommade

Tube de 15 g



6 118000 120575

MEBO 0,25%

Pommade dermique
Tube de 30 g



6 118001 010110

140.00

infectées,
appliquer une couche d'un
soigneusement les restes
jusqu'à cicatrisation.

PPV: 140,00 Dhs

SEDASTERIL
PÉDIATRIQUE

132.00

PPV: 132DH00
PER: 11-21
LOT: 1 2730

Maxiclav 1g / 125 mg
Adulte 16 Sachets



6 118000 280293

EMB 7312 W
COMPM034



3 160929 501097

SP2 1221
LOT PER

Prix

67.50

67.50

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2102171426052750 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100307036	AKERZOUL MOUHCINE	17/02/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1394	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ZAH MOU

HOPITAL CHEIKH KHALIFA

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 17.807 / 2021 du 17/02/2021

Nom patient : **AKERZOUL MOUHCINE**

Entrée 17/02/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 17/02/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation de chirurgie pédiatrique	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					Total encaissé	Solde
						300,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 Email : contact@ickm.hckma
 N° INP 090061862



مركز الدفعات

17/02/21 14:27:58
9900397820
93978201
HOP CHEIKH KHALIFA G4
Casablanca

A0000000041010
APP : MASTERCARD
AKERZOUL DRISS
xxxxxxxxxxxxx2314
09/22 CARTE NATIONALE
45A5D1874039FD58
220-0-9999-1-55

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 005
NUM AUTORISATION: 022217
STAN : 001394

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT