

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

ique :

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 caractére 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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3331 Société : R.P.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DAKIR ABDELMAJID

Date de naissance : 25/06/60

Adresse : 72 N°ETG LOT BLAD CHAMA - OULFA CASABLANCA

Tél. : 0661394420 Total des frais engagés : 4300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AL NE Imane
Ophtalmologiste

Date de consultation : 22/02/2012

Nom et prénom du malade : DAKIR ABDELMAJID Age : 60

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Oftalmologie Dr. Adil Oulfa

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dr. Adil Oulfa

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 : 20 MAI 2012

Signature de l'adhérent(e) :



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
24/09/21	Actes de CHIRURGIE	Nombre : 090061802 Coefficient : 1,00	Frais : 05.29.03.5845 Frais : 05.29.03.5845 30,-	DR. ALINE LIMA OPTOMETRISTE

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
		AM	PC	IM	IV	
	23 AVR. 2021					10.60 \$ HT

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates the H-B-D-H system. At the top is a hydrogen atom labeled 'H'. Below it is a boron atom labeled 'B'. To the left is a deuterium atom labeled 'D' with a horizontal arrow pointing to the right. To the right is another hydrogen atom labeled 'H'. The deuterium atom is positioned such that its vertical axis is aligned with the vertical axis of the second hydrogen atom, forming a bridge between the two. The labels 'H', 'B', 'D', and 'H' are placed at the vertices of a diamond shape.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 22.02.2021

Dokis Abdelelojed

lunettes pour vis de pres



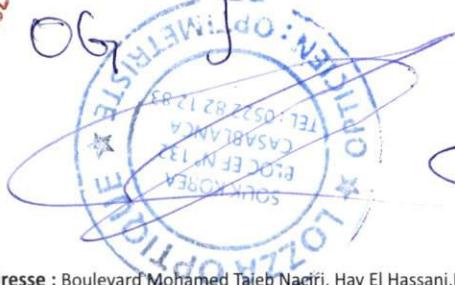
OD = +1,25

OG +1,25 (-0,25 à 175°)

lunettes pour vis de pres

OD } OG +00 +28

29 AVR. 2021



LOZZA Optique

Souk Koréa - Bloc EF

N° 132 - Casablanca

Tél.: 05.22.82.12.83

GSM : 06.25.49.49.49

N° 002160



نظارات اللوزة

سوق القرعية - بلوك

الرقم 132 - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.82.12.83

الهاتف النقال : 06.25.49.49.49

Docteur : ADNANE IMANE

Mr.: DAKIR ABDELMAJID

Nomenclature :

Montures :	VL	PLIQUE	1000.00
	VP		

Type de verres : Progressif multifocal ANDREAS 16%

* VISION DE LOIN :

OD : Axe : Cyl : Sph : +1.25 = 1500.00

OG : Axe : 125 Cyl : -0.25 Sph : +1.25 = 1500.00

* VISION DE PRES :

OD : Axe : Cyl : Sph : Odd : + 2.50

OG : Axe : Cyl : Sph : Odd : + 2.50



Total : quatre mille dir.

Date : 29 AVR. 2021

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 19 329 / 2021 du 22/02/2021

Nom patient : DAKIR ABDELMAJID

Entrée 22/02/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 22/02/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation d'ophtalmologie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45 Fax : 05 22 89 28 54 N° INP 090061862
E-mail : contact@hckmhdk.ma N°ICE 001740003000026

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2102221333595260 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100308524	DAKIR ABDELMAJID	22/02/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1195	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SAN.WAK

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Fax : 05 19 00 44 77
Email : contact@hcmh.ma
N°INPI : 03 53 45 77



مصرف المقديس

SANS CONTACT



22/02/21 13:34:32
9900397952
93979501
HOP CHEIKH KHALIFA G7
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxxx9784
CARTE NATIONALE
D076057957FD293A
201-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 002
NUM AUTORISATION : 249057
STAN : 001195

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT