

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.

Radiologie 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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



Déclaration de Maladie

81677

N° W21-633904

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6444	Société : R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MANZAHI RACHID			
Date de naissance : 13/11/1965			
Adresse : LES CHALETS DE BOUSKOURA V7 CASABLANCA			
Tél. : 0661.22.63.40	Total des frais engagés : 1.084,90 Dhs		
INPE : 101220093			
Cachet du médecin : PR. A. JAAFARI Spécialiste en Anesthésie Réanimation			
Date de consultation : 26 AOUT 2021			
Nom et prénom du malade : Boujemaa Smihen Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : CPA			
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 : 27/08/2021

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
27/05/2014	1	300 Dh		INP : 2014020663 Spécialiste en Anesthésie Dr A. JAAFERI
28/05/2014	1	200 Dh		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Coopérateur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZEMMAMA Km 16 Route Secondaire 109 Douar Fokm INPE 092069327-ICE 0919433203	28/05/2014	200 Dh

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ANALYSES MEDICALE HOPITAL SHEIKH KHALIFA	28.05.2014	Prax	500,50

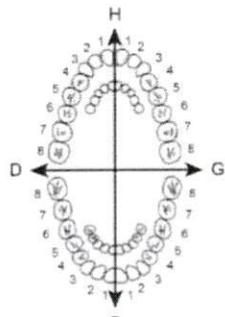
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

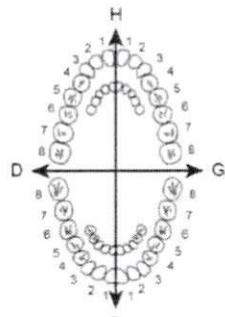


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 27/05/2021
Numéro : 61 109


090061862

Nom patient : BOUGHROUM SMAHEN

Médecin : PR. JAAFARI ABDELHAMID
Anesthésie-Réanimat.

2100349201

PAYANTS

	Montant
- Consultation pré-anesthésique	300,00

Total	300,00
-------	--------

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@ckm.hk.mg
N°INP 090061862

Casablanca, le vendredi 28 mai 2021

EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

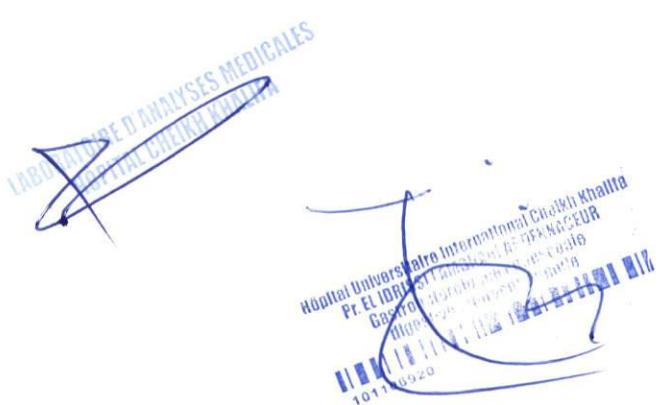
PATIENT : BOUGHROUM Smahen

RENSEIGNEMENT CLINIQUE : Epigastralgies, RGO++, tendance à la constipation, ballonnement abdominale

Tube 1 : duodénum : d'aspect normal

Tube 2 : antre + fundus : aspect de gastrite congestive

Cachet et signature :



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 61929 / 2021 du 28/05/2021

Nom patient	BOUGHROUM SMAHEN	Entrée	28/05/2021
	PAYANTS	Sortie	28/05/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS ANAPATH	1,00	P0000	500,50	500,50
Total Clinique				500,50

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> CINQ CENTS DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES	Total	500,50

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
HOPITAL CHEIKH KHALIFA

Date : 27/5/2023

Quittance - Paiement espèces

0573430

IPP :

D'admission : Montant : 300000

atient : BONGHROUM SMAHEN



Cachet

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

28.5.21

Boughraoue Smaïn

x 2

Mer. 20 fortantes

(2 boîte)

284-40



maphar
Z. Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc
FORTRANS SAC B4
P.P.V. : 142,20 DH
6118001181209

LOT : T14110
Exp : 06/2023

فاحمة زمامرة
PHARMACIE ZEMMAMA
Km.16, Route Secondaire 109, Douar Fokra
Bouskoura-Casa-Tel : 0522 32 03 01
INPE 092065327, I.C.E : 00194336000088

maphar
Z. Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc
FORTRANS SAC B4
P.P.V. : 142,20 DH
6118001181209

LOT : T14110
Exp : 06/2023

Adresse : Boulevard Mohamed Taïeb Naciri, Hay El Hassan, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma