

# 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ialogie 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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



## Déclaration de Maladie

Nº M21- 066109

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3048 Société : 83807

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Bouymida Abulela 313

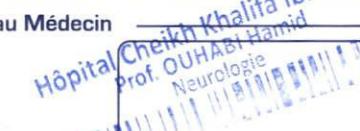
Date de naissance : 30/09/1994 Total des frais engagés : 2458 Dhs

Adresse :

Tél. : 0650391134

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/03/2021

Nom et prénom du malade : Latif 104X417 Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Sinusite et rhinitis

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

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/03/2021	C	\$ 300,00 DH		Dr Khalifa Ibn Ouhamed Janid Prof. Neurologue

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARAJAZ SARAJAZ 40101 Casablanca Lissabon Tel/Fax: 05 22 65 20 07	02/03/2021	2458,00 DT

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

### 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
				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
	35533411	11433553
G		
B		

[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**

# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

02/09/2021

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

1x 298,-

A = LATIFI KHASIDA

= 1 Andropax 200 -

1/2 v x 4/1

S.b

3x 261,-

4 KOPRA 100 -

240,-

3) Seroplex 10 -

Maphar  
Bd Aklimia N° 6, Ql,  
Sidi Berneussi, Casablanca  
Seroplex 10mg cp sec b28  
P.P.V. : 240,00 DH

6 118001 184989

3x 270,-

4) Nephrobin - on Neofe ap.

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 561,00 DH

ID:645722  
6 118001 142606  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 561,00 DH

ID:646811  
6 118001 142606  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 561,00 DH

ID:646811  
6 118001 142606  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 561,00 DH

PHARMACIE SARANAZ  
S.A.R.L.  
140 Lot Smaïda Lissafa  
Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

PHARMACIE SARANAZ  
S.A.R.L.  
140 Lot Smaïda Lissafa  
Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassâni, BP 82403 Casa Oum Rabî Casal  
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd  
Prof. OUABDI Hamid  
Neurologie

MFAZ 1023  
LOT PER  
Prix 79.00

MFAZ 1023  
LOT PER  
Prix 79.00

79.00

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2109020929437140 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100390237	LATIFI EP BOUHMIDA K	02/09/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	2786	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : FATAAT



## HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 103 507 / 2021 du 02/09/2021

Nom patient : LATIFI EP BOUHMIDA KHADIJA

Entrée 02/09/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/09/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation de neurologie	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 encaissé</b>	<b>Solde</b>
Encaissements						300,00





Crédit Marocain International

02/09/21

00:25:47

9900397800

93978201

HOP CHELSI KHALIFA G4

Casablanca

A000000000000000000

APP : VI

ABDELAZIZ FATHIMA

XXXXXXXXXXXXXX

03/23 CAISSE NATIONALE

0B25F20EFC4C93C3

621-0-990000000000

MONTANT : 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION : 564917

STAN : 002786

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
CHEZ LE CLIENT