

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.

86628

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 22206			
Société : RAPP RETRAITE			
Nom & Prénom : EL HADZI NY AHMED			
Date de naissance : 31/08/56			
Adresse : 11 rue Sohayla Doudaspour Allée 6 Casablanca			
Tél. : 066548528 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :	
Hôpital Crémak Dr. Nabil BEN JEZZA Chirurgicale Hépato-Gastro-Enterologique Médico Proctologie Médico	
Dr. Nabil BEN JEZZA 28/11/2021	
EL HADZI NY AHMED MUPRAS	
Age : 67 Conjoint : Enfant : Fait à : Casablanca 04 OCT 2021	
Nature de la maladie : 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.	
Signature de l'adhérent(e) : 	

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 : Casablanca

Le : 04/10/2021

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
08-05-2014	08-05-2014		+ 300 +	INP : 1111111111111111
Tel : 03 21 40 61 85				Cheikh Ndiaye
Fax : 03 21 40 61 85				1111111111111111
E-mail : contact@medecine-pm.fr				1111111111111111
Numéro de la carte : 1111111111111111				1111111111111111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/09/2021	€ 61.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

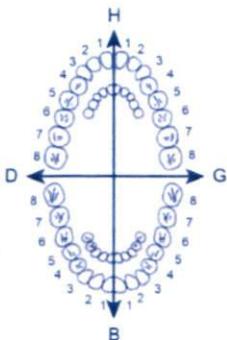
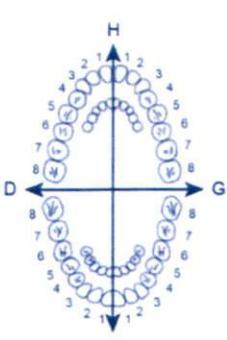
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

٢٨/٥/٢٠١٢

ن - Dr. Noury Ahmed

ex. MANZI

٧٧,٥٠

٢/ ISRAD.

(S.V)

٣ حبة كل ٢ ر

٢/

osmème
لریز لـ نرم

(S.V)

(R)

٧٧,٥٠

Rectolan

(S.V)

١٤,٥



٢ fois / sem

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Nabil BENJELLOUN
Hépato Gastro Entérologue
Fœtologie Médico-Chirurgicale

NPE: 111118402

٨٦١,١٥

١ مجم
د. نبيل بن جلون

ISILAX® Forte

LOT: 200602
PER: 10/2025
PPC: 79,50 DH

LOT: 210224
2024/04
PPC: 79,50 DH



Hemofast®

Pommade

19,60

19,60

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 28/09/2021
Numéro : 116 025



090061862

Nom patient : MOULAY AHMED EL HAMZI

Médecin : DR. BENJELLOUN NABIL
Hépato-gastro-entéro

2100402579

PAYANTS

	Montant
- Consultation d'hépato-gastro-entérolog	300,00

Total	300,00
<i>Arrêtée la présente à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
N°INP 090061862



Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2109281712341057 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100402579	MOULAY AHMED EL HAMZ	28/09/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	001721	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : AM.HAT





مركز النفعيات

28/09/21 17:08:30
9900397747
93977401
HOP CHEIKH KHALIFA G1
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
M EL HAMZI MOULAY AH
xxxxxxxxxxxx5405
07/23 CARTE NATIONALE
D7F7A9D69CEFDEC8
201-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 025
NUM AUTORISATION: 977527
STAN : 001721

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT