

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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 048787

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2698 Société : 93550

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUMZAIRIG La Houcine

Date de naissance : 09/07/1953

Adresse : Lot Sidi Abderrahmane Rue 29 N°6

Tél : 0633529200 Total des frais engagés : 1307,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/11/2021

Nom et prénom du malade : BOUMZAIRIG La Houcine Age : 68

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique

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 : CAS A Le : 25/11/2021

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
24/11/21	Consultation	1 ECG	350,00 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie Al-Nour
Rue 36 Lot Admiration
Casablanca
24/11/21 957,30

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

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

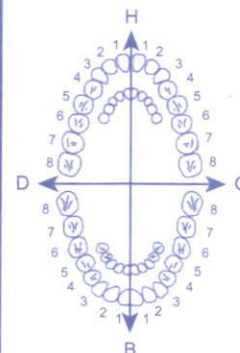
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Lot n° :

EXP :

PPV :

157,10

PPV :

157,10

PPV :

157,10

وصفة طبية Ordonnance

24/11/2021

Mr Boumzaoui
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. SARRY Mohamed
Cardio Interventionnelle
101100311

131.50x3

①

TAREG 80

157.10x3

②

NOLIP 10

3070x3

③

KARDEGIC 75

95790

1815

tu de 0307



Pharmacie AL NOTAHID
Rue 36 Lot Sidi Abderrahmane
Casablanca

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. SARRY Mohamed
Cardio Interventionnelle
101100311



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 140 357 / 2021 du 24/11/2021

Nom patient : **BOUMZAIRIG LAHOUCINE**

Entrée 24/11/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 24/11/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation avec électrocardiogramme	1,00		350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
Total Frais Clinique				350,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total 350,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						350,00

*Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiology*

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 2111241006072850 / 1 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100426465	BOUMZAIRIG LAHOUCINE	24/11/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	5550 / 5551	350,00
PAYANT	Total payé	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : IMAJAF





مركز الدفع الإلكتروني

PR

SANS CONTACT



24/11/21 10:02:25

9900398026

93980201

HOP CHEIKH KHALIFA G10

Casablanca

A000000000411010

APP : Mastercard

xxxxxxxxxxxxx7135

CARTE NATIONALE

04F83C6D2A215489

220-0-9900-1-55

MONTANT: 50,00 MAD

NUM TRANSACTION : 007

NUM AUTORISATION: 888368

STAN : 005551

DEBIT

Le CMI vous remercie



SANS CONTACT



24/11/21 10:01:51

9900398026

93980201

HOP CHEIKH KHALIFA G10
Casablanca

A00000000041010

APP : Mastercard

xxxxxxxxxxxxx7135

CARTE NATIONALE

116F44DF87D38F9E

220-0-9999-1-55

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 006

NUM AUTORISATION: 209005

STAN : 005550

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT