

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.

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.

ntaire :

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

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- 070142

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2572

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FEU HAMDI BOUABID

Date de naissance :

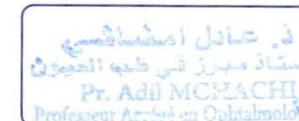
Adresse :

Tél. : 0674456542

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09 / 10 / 2021

Nom et prénom du malade : MOUKHRIF NAJAT

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Vice de l'irinith et diplopie

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
01/10/2021	CS		300,00	<i>Signature et cachet du Médecin</i>
				MP 031015716

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE Dr. Saad BEN SELLOUN Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA Tél: 05 22 51 47 07	01/01/2011	837,00

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	

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth. The teeth are arranged in four rows: top (4), second (6), third (8), and bottom (3). A vertical arrow labeled 'H' at the top points upwards, and a horizontal arrow labeled 'D' on the left points to the left. A vertical arrow labeled 'B' at the bottom points downwards.

[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la professi

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 04/10/2021



Mr. Monklrif Najat

1) Navidolef spray **AS** 90,00
1 app avec masque + 2 fl

2) Tdialose coll/pe **AS** 147,00
1 fl/pe + 4 fl/j

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr Saad BENJELOUN
Imme 94, lot N°1 N°1 DEROUA
Tel: 05 22 52 47 82

Dr Adil MCHACHI
Praticien AG 21... - Néurologie
Praticien AG 21... - Malologie

LOT



3700822600217

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 118 555 / 2021 du 04/10/2021

Nom patient : **MOUKHRIF NAJAT**

Entrée 04/10/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 04/10/2021

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: coopt@fckm.hci.ma
Tél.: 05 29 00 05 1862

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 21100415122648301 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100405051	MOUKHRIF NAJAT	04/10/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	2706	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MAN.ELB

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse*MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID*

N° : 21100415122648301 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100405051	MOUKHRIF NAJAT	04/10/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	2706	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MAN.ELB



SANS CONTACT



04/10/21 15:08:08
9900397952
93979501
HOP CHEIKH KHALIFA G7
Casablanca

A0000000031010
APP : Visa
xxxxxxxxxxxxx1151
CARTE NATIONALE
6E641F833A118497
620-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 002
NUM AUTORISATION : 006994
STAN : 002706

DEBIT

Le CMI vous remercie

**TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT**