

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 canaux, 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 canaux.

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- 061959

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3078 Société : 95539

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bouhmina Abdelaziz

Date de naissance : 30/09/1944

Adresse : Résidence Hadamou Rue 6 - 64

EL BOULFA

Tél. : 0650397134 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/12/2021

Nom et prénom du malade : LAITI KHAISSA Age :

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

Nature de la maladie : Epilepsie

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) :

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
2/12/21	C5		300,00	Prof. OUMAGI Hamid Neurologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE SARANAZ 9, A.R.T. 11 140104 Sidi El Hachem Casablanca Tel/Fax : 05 22 65 20 07	02/12/2021	total = 3128,7

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	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

02/12/2021

→ LATIFI KHA AITA

3x 561,00

4 KOPPA 100

N=254
2021

2x 298,00

4 100mg 100

2x 249,00

1/2 p x 4 j

3/ Seroplex 100

3x 123,00

1/2 p h m

4 Biomarionel plus

3x 128,00

1/2 p h m

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Prof. OUHAB Hamid
Neurologie

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 561,00DH
ID: 646972
6 118001 142606
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 561,00 DH
ID: 647765
6 118001 142606

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

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

Maphar
Bd Aikimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V.: 240,00 DH

6 118001 184989

Maphar
Bd Aikimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V.: 240,00 DH

6 118001 184989

LOT: 2107002
FAB: 07/2021
EXP: 07/2024
PVC: 123.000DH

LOT: 2107002
FAB: 07/2021
EXP: 07/2024
PVC: 123.000DH

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2112020949447140 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100430038	LATIFI EP BOUHMIDA K	02/12/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3647	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° 143 996 / 2021 du 02/12/2021

Nom patient : LATIFI EP BOUHMIDA KHADIJA

Entrée 02/12/2021

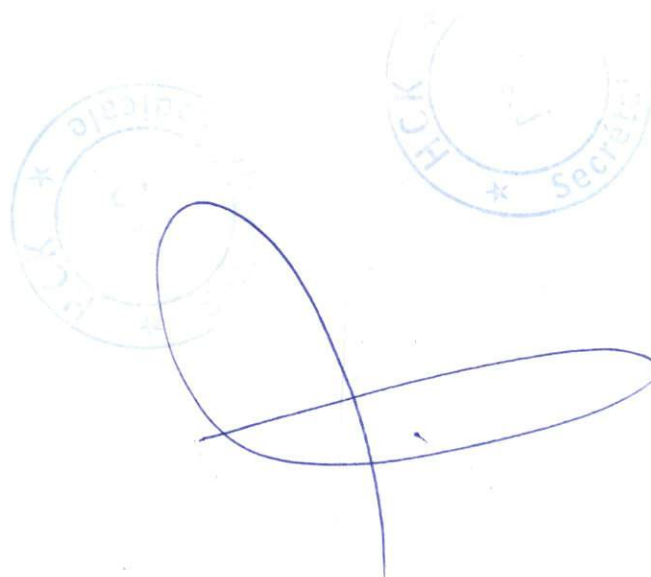
Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/12/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de neurologie	1,00		300,00	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					Total encaissé	Solde
						300,00





مركز الدفعات

02/12/21 09:45:24

9900397820

93978201

HOP CHEIKH KHALIFA G4

Casablanca

A00000000032010

APP : VISA

ABDELAZIZ BOUHMIDA

xxxxxxxxxxxxxx6899

03/23 CARTE NATIONALE

567CB44E5D39D087

621-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003

NUM AUTORISATION: 210683

STAN : 003647

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

COPIE CLIENT