

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.

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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3078 Société : 95539
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : Bouymissa Abdeslam Zaid
 Date de naissance : 3.2.1991
 Adresse : Résidence 54 Hadj Amour Rue 6-64
EL oucfa
 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 : Zaidi FAYAD Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : En orthopédie

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
21/07/2018	CS		300,00	Dr Cheikh Khalifa OUKABI Hamid Prof. Neurologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 02/12/2021

3 x 561,00

7 → LATIFI KHALIFA

21 KOMPAK 100 →

2 x 298,00

1 —

4 100 mg 100 →

2 x 203,00 1/2 v x 4 li

3) Seroplex 100 →

3 x 123,00 1/2 v b n t

4) Biometrial Vitis

3128,00

→ 81/1

Mr
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Prof. OUCHIBI Haymid
Neurologie

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay B Hassan, BP 82403 Casa Oum Rabii

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 561,00 DH

6 118001 142606

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 561,00 DH

6 118001 142606

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 561,00 DH

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



6 118001 184989

Maphar

Bd Aklimia 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

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 21120209494471401 / 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 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

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

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00



02/12/21 09:45:24
9900397820
93978201
HOP CHEIKH KHALIFA G4
Casablanca

A0000000032010
APP : VISA
ABDELAZIZ BOUHMIDA
xxxxxxxxxxxx6899
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