

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.

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- 040519

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1196 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAI RAI CHAFI

Date de naissance : 02/03/1950

Adresse : Sidi MAAROUF ELBAHIA 10225

Tél. : 06 14 2941 89 Total des frais engagés : 523,64 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Epistaxe

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 : CASABLANCA Le : 21/12/2021

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
16/12/21	FN° 150652		442,71	

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
16/12/21	FN ²	150652	442,71	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARMOL Mme. KHALIL Meryem 34, Lot 3444 N - Sidi Maachou Tél: 0522 97 39 81 - Casablanca	16/10/21	80,90,

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARMOL Mme. KHALIL Meryem 34, Lot 3444 N - Sidi Maachou Tél: 0522 97 39 81 - Casablanca	16/10/21	80,90,

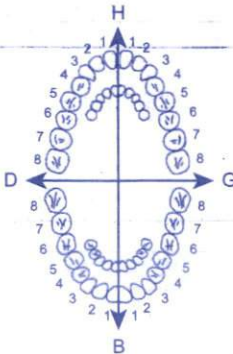
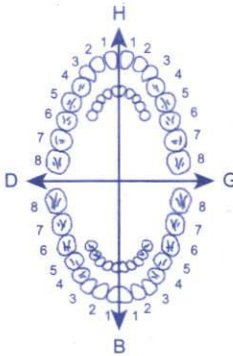
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 l'OD

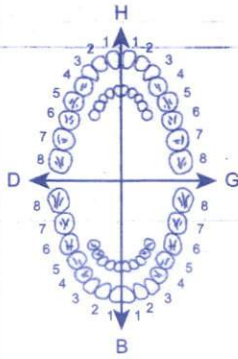
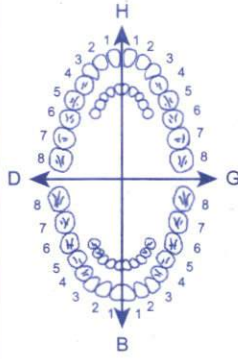
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div><div>H</div><table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table></div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT . DES TRAVAUX
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<div>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
			DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكون بحث



وصفة طبية Ordre

Casablanca, le :



2100436598 / 180117153857RA

Prénom : Saadia

Nom : MARTAH

DDN : 16/10/1956 E: 16/12/2021

Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

SCANN

52,80

(1) Ode 20 y



187

28,10

20

(2) Vagotone 5ip



1 c 2 s

+ 3

80,90

PHARMACIE MAHMOUD

Mme KHALIL Maryem

34, Lot. Saâda III - Sidi Maâmour

Tel: 0522 97 39 81 - Casablanca

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

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

LOT 210578
EXP 12/2023
PPV 52.80DH

Lot :
EXP :
PPV (DH):

28, 10

VOGALENE[®]

0.1

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 150 652 / 2021 du 16/12/2021

Nom patient : MARTAH SAADIA

Entrée 16/12/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 16/12/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
PHARMACIE	1,00		142,71	142,71
			Sous-Total	142,71
Total Frais Clinique				442,71

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
QUATRE CENT QUARANTE-DEUX DIRHAMS SOIXANTE ET ONZE CENTIMES	Total 442,71

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	442,71				442,71	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 03 54 77
 E-mail : contact@ickm.tn
 N° INP 090061862

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : MARTAH SAADIA N° Facture 150 652 2100436598

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ACUPAN 20mg Injecta (05)	1	10,18	10,18
NO SPA 40mg Injecta (05)	1	4,00	4,00
OMEPRazole N 40mg Injecta (01)	1	29,90	29,90
ONDANSETRON GT 8mg/4ml Injecta (05)	1	80,00	80,00
PARACETAMOL 1G INJECT 1G INJECTA (01)	1	12,73	12,73
Sous-Total médicaments			136,81
COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1	1,21	1,21
INTRANULE G 20	1	1,43	1,43
PERFUSEUR A SERUM SANS ROBINET	1	2,44	2,44
SERINGUE 10ML	1	0,65	0,65
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,17	0,17
Sous-Total consommable médical			5,90
Total pharmacie			142,71

Hopital Cherifa Moudina Bou Zaid
 Tel: 05 29 00 53 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 E-mail: contact@hcm.ma
 N° NP 03061083



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 16/12/2011

Quittance - Paiement espèces 0631864

IPP :

D'admission : Montant : 442,71

ent : MARTA M Saadik

Cachet

Hôpital Universitaire International Zélu
Tél.: 05 29 00 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@icckm.hck.mr
N°IMP 09006186