

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.

Le bilan radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	2741	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HAFID Ahmed			
Date de naissance : 01-01-1954			
Adresse : Rue 1 N° 43 Elhouda . coop. oued Hriz Berrechid			
Tél. : 0668640833 Total des frais engagés : 73445,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	06/08/2022
Nom et prénom du malade :	M. Bayam
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	Conj de l'adherent
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 : Berrechid

Signature de l'adhérent(e) :

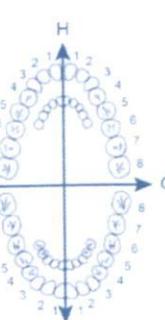
Le : 01/08/2022

VOLET ADHERENT

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ASMOOUN Samir Docteur en Pharmacie  ASSALAM Hay Al Housseini BORDEAUX	06/07/22	145,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
<i>MAHOUA SITI</i>	<i>20/07/22</i>				<i>3000</i>

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF								
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX				
				MONTANTS DES SOINS				
				DEBUT D'EXECUTION				
				FIN D'EXECUTION				
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 				
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				[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								



CHAOUIA OPTIQUE
Fedoua Stitou
 Opticienne - Optométriste

Facture N° 000859

Berrechid le 06/07/22

Client BADI A.MINA

Qté	Désignation	Prix	Total
1	moutine	5000D <small>DT</small>	
2	Venes Progressif optique Miniflex	12500D <small>DT</small>	
01	+2.75 (-0.50 x 0.75)	12500D <small>DT</small>	
01	+2.75 (-0.50 x 0.75)	12500D <small>DT</small>	
CHAOUIA OPTIQUE STITOU FEDOUA Opticienne Optométriste 18 Bd Dakhla - Hay Al Mouna - Berrechid TEL: 05 22 53 48 20			
Arrêtée la présente facture à la somme de <u>Trisimilliards</u> 3000D <small>DT</small>			

18 BD Dakhla hay al mouna - Berrechid - TÉL.: 05 22 53 48 20
 I.F: 92980210 PATENTE : 40712938 Rc :7450 CNSS : 468054

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

09/07/2022

Dr Babi Amrane

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: +212 529 004 44 77
Email: contact@hck.ma
DIN: 0906062

PHARMACIE ARAFAT
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
Rue ASSLAM Hay Al Houa
BP: 05 22 32 84 04
Tél: +212 529 038 868



14/07/2022

Agualarm S.V

1 g/10 x 10 ml /

x 3 ml

PHARMACIE ARAFAT
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
Rue ASSLAM Hay Al Houa
BP: 05 22 32 84 04

د. عادل احمد بن سعيد
استاذ ممتاز في طب العيون
Dr. ABDALLAH BEN SAÏD
Docteur en Ophtalmologie

14/07/2022

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 06/07/2022

M^{me} Bayi Amina

OD⁺ + 2,75 (-0,50 à 50°)
OS₊ + 2,75 (-0,50 à 95°)

Addition pur VP

+ 2,50 D ODG

dist = 64mm (à venir)

verres progressifs avec astigmatisme

CHIAOUIA OPTIQUE
SIDI M'DOUA
Opticien Optométriste
Ophtalmologiste
18 Bd Dakha - Hay Al Monna - Benachir
TEL : 05 22 53 48 20

FACTURE

N° 84 946 / 2022 du 06/07/2022

Nom patient : **BAYI MINA**

Entrée 06/07/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 06/07/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
Email : contact@hckm.hc.ma
N°INP 090061862

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 22070614324647201 / 1 / 80 686

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200528234	BAYI MINA	06/07/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	ATTIJARIWAFA BANK 080686 HAFID AHMED	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SAN.WAK

Opital Cheikh Khalifa IBN ZAID
Email: OPITALCHEIKHKHALIFAIIBNZAID@GMAIL.COM
Fax: 05 29 00 39 17
Tel: 05 29 03 53 37