

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

- 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.

N° W21-761488

13 Nov 61

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1111</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>MANSOURI HMAID</u>			
Date de naissance : <u>01-07-1954</u>			
Adresse : <u>178 Bloc 4 - Cité Commune Urbaine</u>			
Harr Hassan, Casablanca			
Tél. : <u>066.166.89.92</u>	Total des frais engagés : <u>1019,40</u> DHS		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

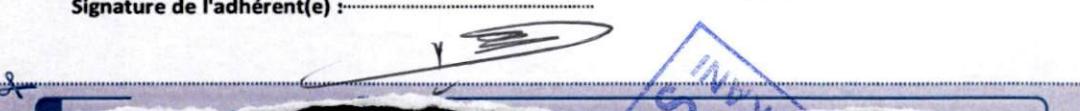
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Hôpital Allal Ben Abdellah - Casablanca Pr. HERRAT Mohamed Ali Elgorbi 12-11-2022			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Asthme</u>			
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 20/10/2022

Le : 20/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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
13/03/2017	8229035325	100/100	30000	INP : 12311670077 Dr. HERBAUD - Alain Chirurgien-dentiste
13/03/2017	8229035325	100/100	30000	INP : 12311670077 Dr. HERBAUD - Alain Chirurgien-dentiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHALAK DOCTEUR EN M. QUESSEZ FAX: 05 22 00 15 41 46	14/12/82	719,42

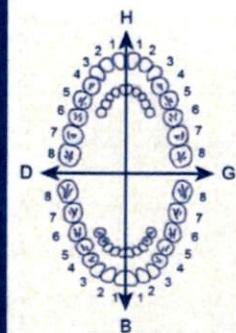
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

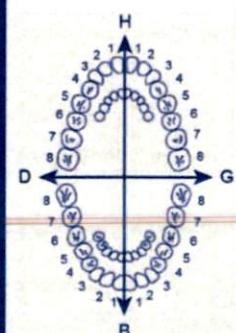
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
unctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

12/10/2021

M A H M O U D H A G A D

79,40 Ⓛ ① Aztelix 200, 141, 3g

36,40 Ⓛ ② Ropiv 200, 200, 0,5g
af 1 venti dije

LOT : 9693
PER : 05-25
P.P.V : 36 DH 40

196,00 Ⓛ ③ Zepiun 200, 1500, 1ml

78,60 Ⓛ ④ Lorazepam, 1mg, 10

119,10 Ⓛ ⑤ Rizat, 200mg/5ml

210,00 Ⓛ ⑥ Arifast 500mg/5ml

710,60 Ⓛ ⑦

AMM N°: 284/17DMP/21/NNP
N° Lot: 2YU003
Fab.: 02/2022
Per.: 02/2024
P.P.V: 210.00 MAD.(Dhs)

121157077
HERRAG Mohammadi
Pharmacie
Docteur KHALOUAR
Avocat en pharmacie
Sébou - El Oued
15000 Casablanca
Tél: +212 529 004 466 • Fax: +212 529 038 868 • www.hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 221012090915FZ / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200575037	MANSOURI HMAD	12/10/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	11094	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par :F.ZAZER

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
N°P 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 12/10/2022
Numéro : 132 082



Nom patient : MANSOURI HMAD

Médecin : PR. HERRAG MOHAMMED
Pneumologie

2200575037

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE PNEUMOLOGIE	300,00
Total	300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
N°INP 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
Casablanca - Maroc - Afrique du Nord

12/10/22

08 47 24

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA

432

401713*****1788

12/23 CARTE NATIONALE

221-0-0-44

Num Commerçant	2220064
Num TPE	08173637
Num Transaction	000001
Num Autorisation	668368
Num STAN	011094

MONTANT : 300,00 MAD

DEBIT
Copie client



DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74