

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 05140

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BARRANE HAMID 172323

Date de naissance :

31/05/1963

Adresse :

27 Rue Bahae Senjari Darrif

Tél. 0709873904

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/07/2021

Nom et prénom du malade :

Age: 60

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Co-léophtix fonctionnelle

Affection longue durée ou chronique :

ALD ALC Pathologie : R ACCORD

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

BUNACCI 22 AOUT 2023

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 : CASA

Le : 21/08/2023

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
20-07-2023	es		300.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

INRPE: 092022680

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ARMACÉTYPARAPHARMACIE ROUTE D'EL JADIDA 240 Bd Hassan Roudani Casablanca Tel: 05 22 99 57 46	20 - 07 20 93	INPE: 092022000 317,70

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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 20/07/2023

Baroua

Hamid

40,40 x 3

met SV

PHARMACIE ET PARAPHARMACIE
ROUTE D'EL JADIDA
240, Bd Brahim Roudani
Casablanca
Tel: 05 22 99 57 46



32,00

91,00

73,50

3 - SV

T 1317,70

METOOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvéoline citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca

METOOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvéoline citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca

METOOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvéoline citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

F.TRENKA

Lot:

44924

EXP:

10.202

PPV:

91000

91,00

التركيبة للقرص : مسحوق فدم بذان 180 ملخ خلاصة الروالد 25 ملخ أوراق السننا 105 ملخ كبريت منقش 50 ملخ السواغات : الكمية الكافية. سواغات ذات تأثير معروف : سكريوز الدرعه، دواعي، صوانع و ادبيات الاستعمال : المرجو قراءة النشرة قبل الاستعمال.

المرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي قبل بدء تناوله. يحفظ بعيدا عن متناول ومرأى الأطفال. يحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 30 درجة مئوية في علبة الخارج الأصلية وبعيدا عن الضوء.

EUCARBON®

100 comprimés

6 118001250301

أوكاربون®

LOT 4134A
EXP 06/24
PPV 32DH00

مسدحوق فحم نباتي · خلاصة الراوند · أوراق السنما · كبريت منقى

عن طريق الفم · 30 قرصا

forlax® 10g

Macrogol 4000



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 20/07/2023

Numéro : 100 929



090061862

Nom patient : BARRANE HAMID

Médecin : PR. DELSA HANANE
Hépato-gastro-entéro

2300718775

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862
Email: comptes@hckz.ma
N° INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 230720160038FZ / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300718775	BARRANE HAMID	20/07/2023
Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	003941	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par FZ AZZ

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd
Casablanca
Tél : 05 29 50 44 77
Fax : 05 29 50 44 77
Email : contact@hck.ma
N°IMP 090061862



20/07/23

14:54:56

9900397952

93979501

HOP CHEIKH KHALIFA G7
Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

M BARRANE HAMID

xxxxxxxxxxxxxx8359

02/24 CARTE NATIONALE

27ADEF648793352

221-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 008

NUM AUTORISATION: 213997

STAN : 003941

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT