

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.

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

M22- 0048772

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 09452

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY Boudabid

Date de naissance : 11.02.1968

Adresse : 143 Bd Omat Riffi Esc 5 Apt 20
Casablanca

Tél. : 06 26 30 19 06

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BELABBES Fatima
Gastro-Entérologue

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03.06.2023

Nom et prénom du malade : HABIBA CHIBANI TAHJALI

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

CPA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : 03/06/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0048772

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
15/06/2015	CG		300,00	 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 exiés par la Mutuelle.

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
OD.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H D B G	Coefficient DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

3-06-01
Habid ALLAH MATH 84
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant BELABBES FATIMA
GASTRO-ENTEROLOGIE
001234567890

(P.A.)
col (F.C.)

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant BELABBES FATIMA
GASTRO-ENTEROLOGIE
001234567890

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 230614121725SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300701654	HABIBALLAH MAHJOUBA	14/06/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	19664 Lui-même	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : 841174W

Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid
tel.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fokm.hck.ma
N°INP 090061162

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Nº 84 066 / 2023 du 14/06/2023

Nom patient : **HABIBALLAH MAHJOUBA**

Entrée 14/06/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 14/06/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE	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	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 04 77
E-mail : contact@fckm.ck.ma
SITMA 00001



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
Sous la protection de S.M. le Roi
DU MAROC

14/06/23

11:13:40

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA**

A0000000041010

MasterCard

ZAHIDY BOUABID /

524252*****0926

09/24 CARTE PREMIUM

226-0-0000-1-55

Num Commerçant : 2220064

Num TPE : 08170033

Num Transaction : 000007

Num Autorisation : 384813

Num STAN : 019664

MONTANT : 300,00 MAD

DEBIT

Copie client

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74