

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.

197722

Maladie

Dentaire

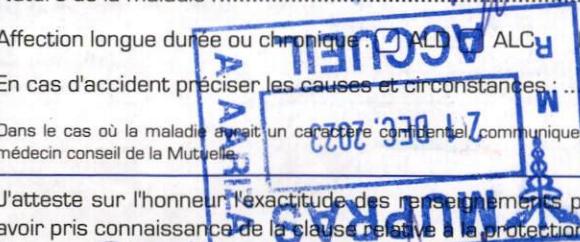
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01697 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : BELBEJO A. MOHAMMED
Date de naissance : 01/01/1955
Adresse : DRIB EL HADA RUE 17 NOU
CAS BLANCA -
Tél. : 0662-26473 Total des frais engagés : 319.4- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 05/12/2012
Nom et prénom du malade : EL HELLALI FAYEHA Age : 54
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Affection lympho
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Affection lympho
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ALGUELE
Dans le cas où la maladie ait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. 
J'atteste sur l'honneur l'exacitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : 05/12/2012 Le : 05/12/2012
Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
5/12/2023	5/03/2023	CS	300DA	INPE 17 Hepato Dr. H Hepato
5/12/2023	5/03/2023			
5/12/2023	5/03/2023			
5/12/2023	5/03/2023			

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie SOPHIA Mme. Berthathim a. Slama 4, Bd. Louou Sina - CAS Tél. 022 23 10 71 73	5/12/83	519.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8 on each side) and arrows indicating movement directions. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a vertical arrow labeled 'H' points upwards. A diagonal arrow labeled 'G' points towards the bottom right. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on each side being the largest and the second molar being the second largest. The teeth are numbered sequentially from 1 to 8 on both the upper and lower arches.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISÉ ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

, le : 5/12/22

7^e Et海南
Vishnu

50.70 x 6

1/ Confidential 2, 1 S. 1

27.70 x 6 = 162
~~27.70 x 6
162
cardio am 100
27.70~~

111
19.00
3/ Donei von späte
/ 2 103 ✓ - 3/

S.A.G.U.O
PHARU
214, Bd. Ibnou Sinaa - Casablanca
Mme BERNARD, 1981

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • **Prise de RDV :** +212 529 004 466 • **SAMU :** 2477/+212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • **Fax :** +212 529 038 868 • **www.hck.ma**

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246

6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246

6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246

6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246

6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246

6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246

6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246

LOT: 230144

DLUO: 01/2026

49,00DH



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 05/12/2023
Numéro : 171 813


090061862

Nom patient : ELHELLOULI FATIHA

Médecin : DR. BENJELLOUN NABIL
Hépato-gastro-entéro

2300790365

PAYANTS

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

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

*Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma*

Date : 05/12/2023

Quittance - Paiement espèces 835586

IPP :

N° D'admission : 230049036 Montant : 300 DHS

Patient : E. HELLOUET

Payé par :



Cachet