

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'Ho
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23-011317

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1320 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre : 189434
 Nom & Prénom : MOSBAH Dalila
 Date de naissance : 23/08/1952
 Adresse : 24, rue ouest du Lot Nakavakel Dan Bana Dja
 Tél. : 0630474481 Total des frais engagés : 358,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 16/12/2023
 Nom et prénom du malade : Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Pericardite
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALCM 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 : 20/12/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVÉ 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
14.10.23	C.ECG		300,00	 Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Dr AROUS SALIM Médecin - Cardiologie C-INSURISTRATION 197623
			350,00	

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

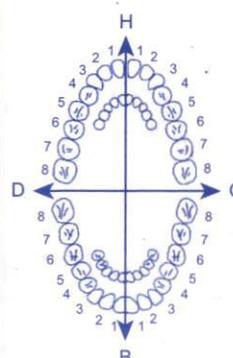
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

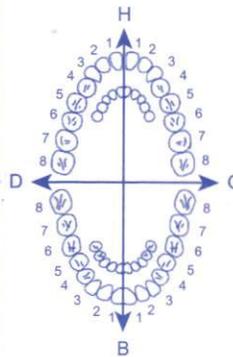
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		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

Dr. ANSAR Abdelkerim

Médecine Générale

Lot 28 Littoral 2 Dar Bouazza
Tél 0522 290 862 - INPE: 121011530

Le: 20. M. 2023

Ordonnance

Sexe : H F

Nom/Prénom : MOSBAIT DMITA

Age :

pour consultation Cardio

Dyspnée → Douleur thoracique
Prise de médicaments.

ce pakette.

Dr. ANSAR Abdelkerim

Médecine Générale

Lot 28 Littoral 2 Dar Bouazza
Tél 0522 290 862 - INPE 121011530

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 177255 / 2023 du 14/12/2023

Nom patient	MOSBAH DALILA	Entrée	14/12/2023
	PAYANTS	Sortie	14/12/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION AVEC ELECTROCARDIOGRAMME (E	1,00		350,00	350,00
			<i>Sous-Total</i>	350,00
Total Clinique				350,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total 350,00

Cheikh Khalifa Ibn Zaid Hospital
Ministry of Health, Doha, Qatar

Dr. Ayes

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 231214145558640. / 2 / 0

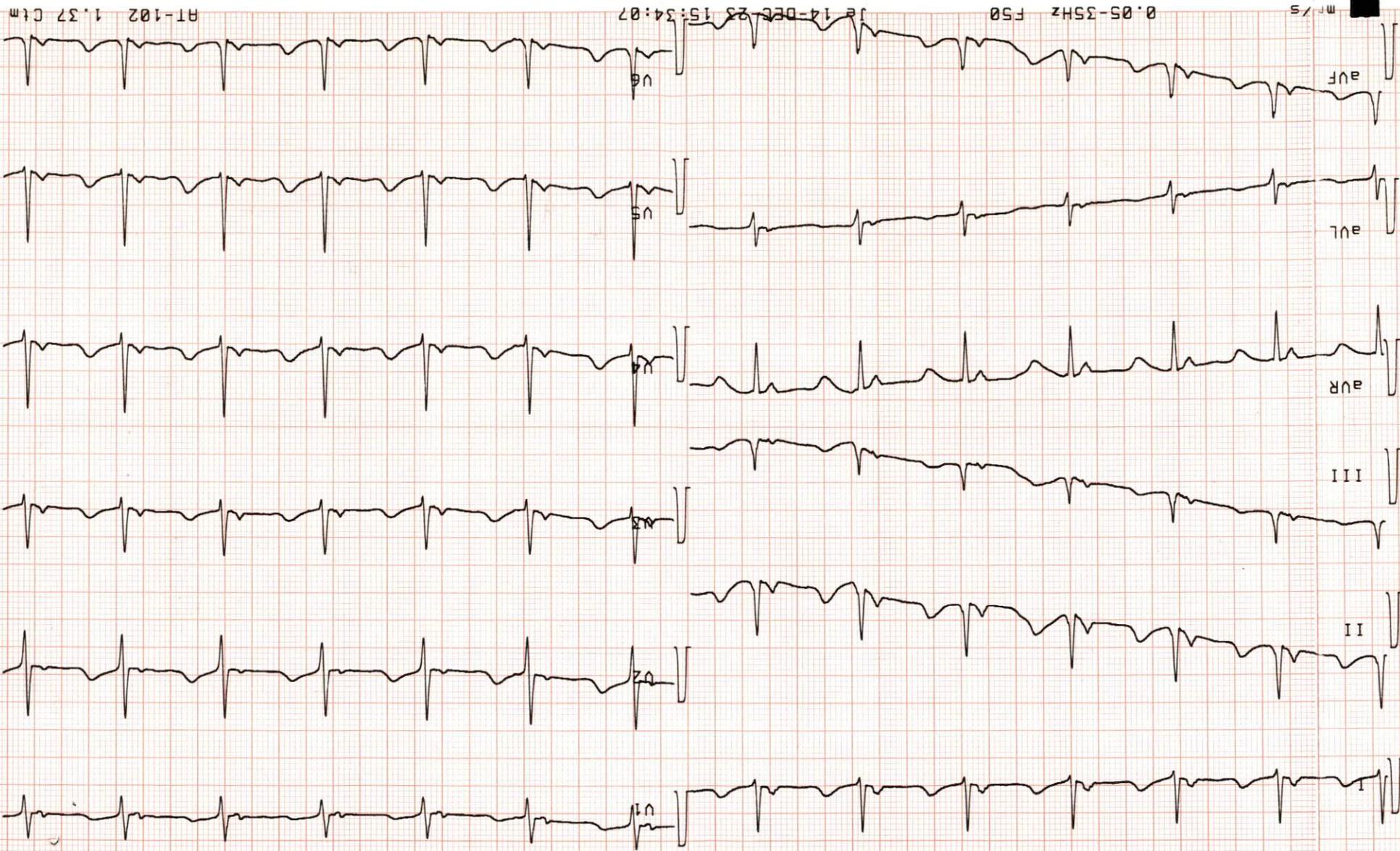
Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300795892	MOSBAH DALILA	14/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	7620	350,00
PAYANT	Total payé	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : IBT.EZZ

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Conseil International
de la Santé
et de la Technologie

B. Auez



MORISAH
DALILA
Age: cm / kg
M / F

FC: 79/min
 Axes: P 45 °
 QRS 39 °
 T 48 °
 Intervals: RR 756 ms
 P 102 ms
 PQ 126 ms
 P (II) 0.21 mV
 S (V1) -0.34 mV
 R (V5) 1.45 mV
 QRS 78 ms
 QT 372 ms
 QTc 433 ms
 Sokol. 2.14 mV

RYTHME SINUSAL
 ECG NORMAL
 5.79

RAPPORT NON-CONFIRME

TA 45 182



مركز النقديات

SANS CONTACT



14/12/23 13:42:21
9900397754
93977501
HOP CHEIKH KHALIFA G2
Casablanca

A0000000031010
APP : Visa
xxxxxxxxxxxxx0989
CARTE NATIONALE
A731BF2A7BAE154C
200-0-9999-1-44

MONTANT: 350,00 MAD
NUM TRANSACTION : 008
NUM AUTORISATION: 006572
STAN : 007620

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT