

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'Hor
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 DALLA
Date de naissance : 23/08/1952
Adresse : 245 rue ouest au Lot Nakava (el Dar Boudja)
Tél. : 0630424485 Total des frais engagés : 358,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 14/12/2023
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° : AA-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
14.12.23	C.E.C.G.		300,00	 Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Dr AROUS SALIM Médecin - Cardiologie 197023
			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

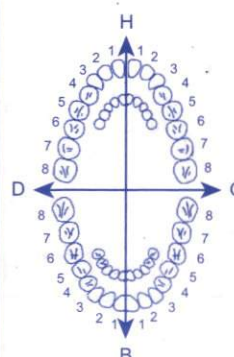
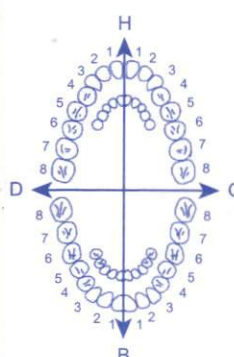
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	B		D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	B													
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
				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 DMITRI

Age :

pour consultation Cardio

Dyspnée → Douleur thoracique
Prise de sang.

Ce pakimide.

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
			Sous-Total	350,00
Total Clinique				350,00

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

(Signature)
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiovasculaire

(Signature)

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

Consulter le site
www.hopitalcheikhkhalifaibnzaid.ma
pour plus d'informations

B. Amez

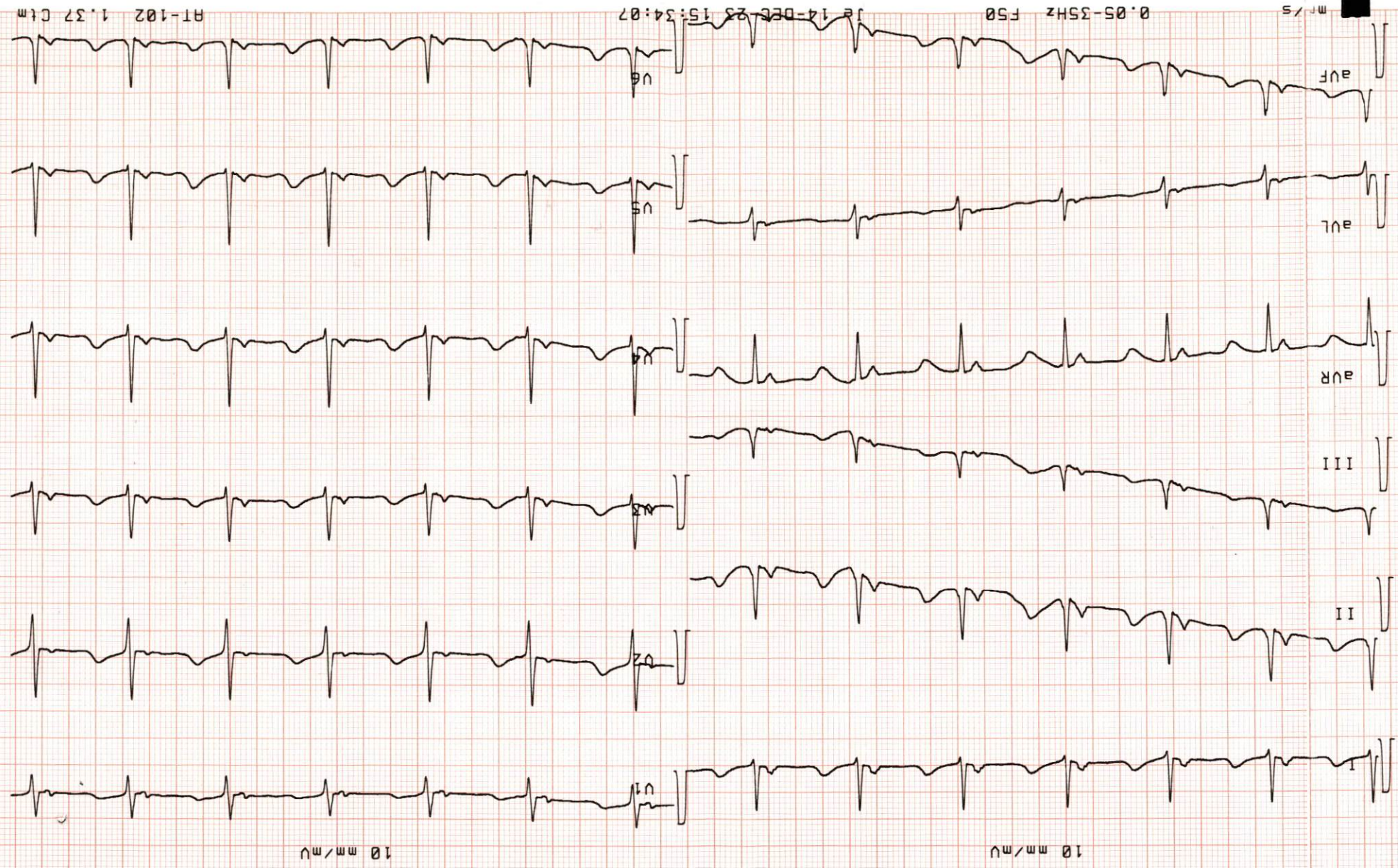
MOBILIA
DALILA
Age:
M / F
cm / kg

FC: 79/min
Intervalles:
RR 756 ms
P 102 ms
PQ 126 ms
P (II) 0.21 mV
S (V1) -0.34 mV
R (V5) 1.45 mV
QT 372 ms
QTc 433 ms
Sokol. 2.14 mV

Axes:
P 45 °
QR5 39 °
T 48 °
Rythme Sinusal
ECG Normal
5.79

TA 45 182

RAPPORT NON-CONFIRME





مركز النقديات

SANS CONTACT



14/12/23

13:42:21

9900397754

93977501

HOP CHEIKH KHALIFA G2

Casablanca

A00000000031010

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