

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 Al-Mohamed Fakir - 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

M23-001751

189983

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9028 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : RAN YOUSSEF NASSER

Date de naissance :

Adresse : 21 Rue CHAOUKI OULD JEDIR

Télé. : 06 66 192526

Total des frais engagés : . Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/01/2023

Nom et prénom du malade : HAFID KHALIL Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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.

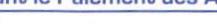
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

03120351

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
02 01 21	C		350,00	 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TAIZI 80, Casablanca Té. 02 250244	02/01/24	355,90
	24	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

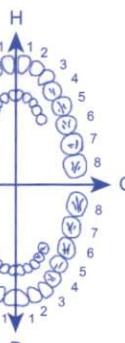
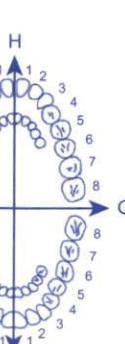
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
			CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553 B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



وصفة طبية

Ordonnance

2 b/10524

Kamoula Khadys

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
EAN: 3300322: 107



Casablanca, Je :

15360

1) doxycycline 100 mg



INP 092050244

scphr

50.70

2) constipation 2.5 mg



scphr

95,00

3) Schizoneps

scphr



le meli

56,60

4) Stilnox

10 mg
1/2 CP 6 compr.



355,90

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassan, BP 82403 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





6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246

153,60

Extra

TRIPLE ACTION

1 PRISE
/ JOUR

Soit 100 % des A.J.*

• VITAMINE C

*Contribute

• VERVEINE

Aide à l'endormissement en cas de TROUBLES DU SOMMEIL

COOPER
PHARMA

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

01/12/2012
01/12/2012
07/22/2010

V002 - 01/21
ETEXMAC030CP



3 760162 579741

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 483 / 2024 du 02/01/2024

Nom patient : **KARMOUDI KHADIJA**

Entrée 02/01/2024

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 02/01/2024

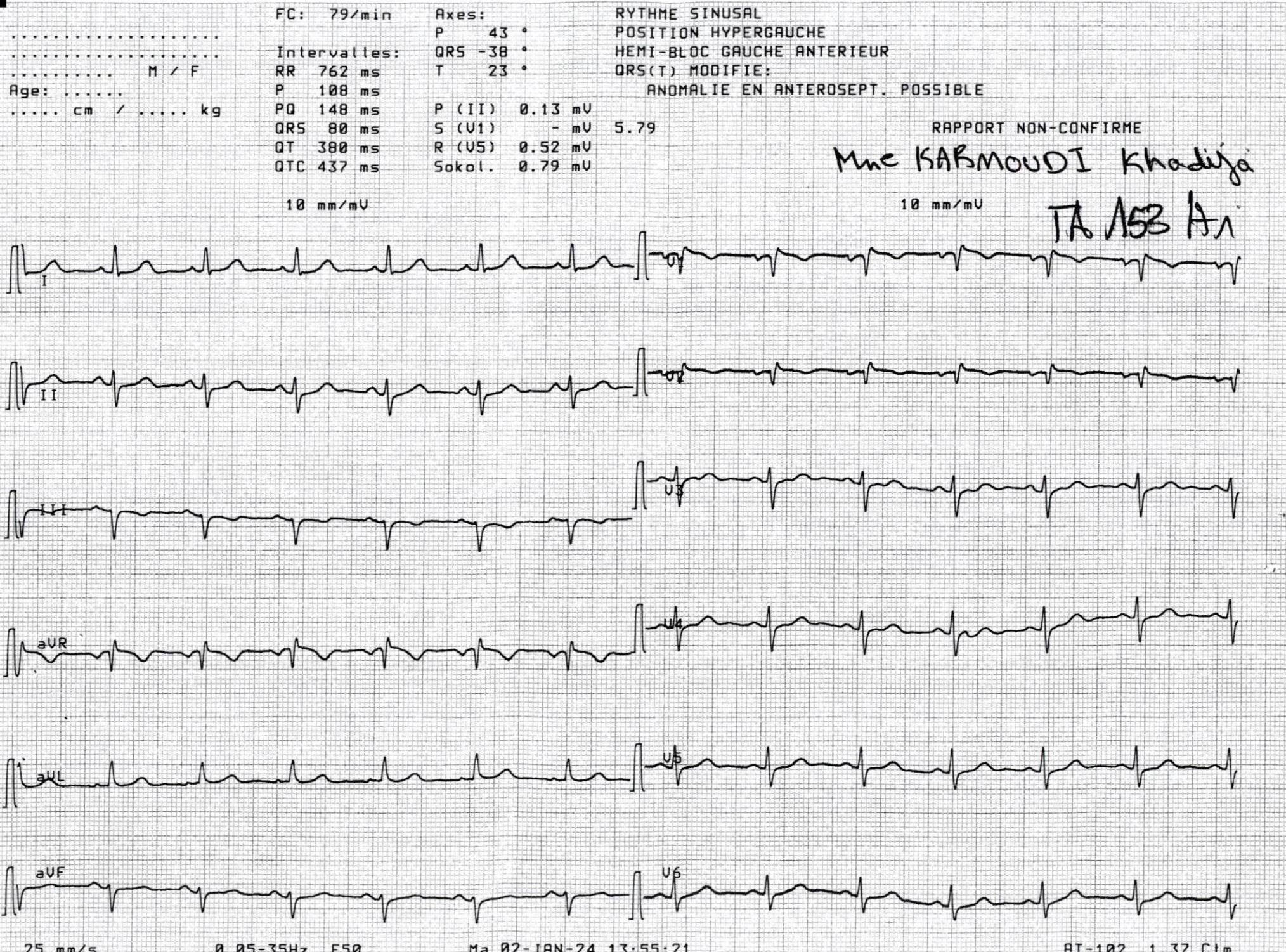
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION AVEC ELECTROCARDIOGRAMME (E)	1,00		350,00 Sous-Total	350,00 350,00
Total Frais Clinique				350,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	350,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	350,00	350,00	0,00

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 240102123747IB / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400805645	KARMOUDI KHADIJA	02/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	7790	350,00
	Total payé	350,00

Reçu établi par : IBTEZZ

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie



SANS CONTACT



02/01/24 12:22:58

9900397754

93977501

HOP CHEIKH KHALIFA G2
Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxx2893

CARTE NATIONALE

443AB7112DF49A21

201-0-9999-1-44

MONTANT : 350,00 MAD

NUM TRANSACTION : 005

NUM AUTORISATION : 938214

STAN : 007790

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT