

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

- Reclamation : 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.

M23-0022537

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	10011	Société :	RAC
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NATIONAL 196761
Nom & Prénom :		SOUFIKS	
Date de naissance :		21/09/1973	
Adresse :		22 rue Hassan II - Casablanca	
Tél. :		0661063472	
Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Hypertension, diabète*

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) :

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
29.01.24	08			G
				Prostologie INPE 117116402

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>J</i>	29/01/2024	283,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>ALFA</i> ANALYSES MEDICALES	29/01/24	20000	803,00 DA

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 canalaire, ainsi que le bilan de DDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



2400820129 / 151123165332LA

Prénom : NAOUAL

Nom : BOUFETAS

DDN : 21/09/1975 E: 29/01/2024

Service : ENDOSCOPIE (NA)



MUPRAS

Sexe: F

Casablanca, le :

182.80

2/ Euro 2 AS

40.40 x 2 = 80,80 - 1/ le petit dej

2/ Endoscopy AS

46,60 x 2 = 93,20

3/ Dr Naciri AS

1187.00 2,10 = 3,10

Rabani AS 2,10 = 3,10

383,80

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdezz
58, Route Mithami Hay Hassani
Tél: 0522 90 21 67 Casa

LOT : 4138
PER : 05 - 28
P.P.V : 46 DH 60

LOT : 4138
PER : 05 - 28
P.P.V : 46 DH 60

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr Nabil BENJELLOUN
Hôpital-Gastro - Endocrinologie
Pacologie Médico-Chirurgicale
NP/E 111118402

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

LOT : 230811
DLUO : 10/2026
87,00DH

LOT : 3726
PER : 07-26
P.P.V : 122 DH 80



2400820129 / 151123165332LA

Prénom : NAOUAL

Nom : BOUFETAS

DDN : 21/09/1975 E: 29/01/2024

Service :ENDOSCOPIE (NA)

MUPRAS

Sexe: F

Casablanca, le :

ac. Bentens blieb Mrs
Freibis de Freit - El - cipe

Physiologic effective rate:

- Biopsie aus der rechten
Gastric Afferen in peritoneal
struktur (Biopsie aus der
peritoneal struktur?)
Spongiositextur -
ausgeprägte dichte Basal-
spongiositextur (Biopsie spongiositextur).

Colonyric : 525 ~~ano dis~~ ~~Sheikh Khalifa~~ ~~LIBE~~ ~~do. Farid~~ ~~do. Chirurg~~ 11118402

- 8-yrss
 - 3-yrss

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° : 15401 / 2024 du 29/01/2024

Nom patient	BOUFETAS NAOUAL	Entrée	29/01/2024
	PAYANTS	Sortie	29/01/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS ANAPATH	1,00	P0000	803,00	803,00
<i>Sous-Total</i>				803,00
Total Clinique				803,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : HUIT CENT TROIS DIRHAMS	Total	803,00

LABORATOIRE DE DIAGNOSTICS MEDICAUX
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Reçu de caisse

N° : 2401291604025130 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400820557	BOUFETAS NAOUAL	29/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	31166	803,00
PAYANT	Total payé	803,00
HUIT CENT TROIS DIRHAMS		

Reçu établi par : BTI.ELM

REUR HOPITAL CHEIKH KHALIFA
ES MEDICALES



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
FONDATION DE RECHERCHE

29/01/24

16:01:07

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA**

A0000000041010

MASTERCARD

NAQUAL BOUFETAS MADAME

510163*****8124

01/27 CARTE NATIONALE

201-0-0000-1-55

Num Commerçant : 2220064

Num TPE : 08172093

Num Transaction : 000008

Num Autorisation : 926648

Num STAN : 031166

MONTANT : 803,00 MAD

DEBIT

Copie client

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74