

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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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.

Le 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0041476

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3621 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Boukiki Abdelghani
 Date de naissance : 06/04/1980
 Adresse : 104 EL WAFIA DE BOUA
 Tél. : 66330889 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/08/2019
 Nom et prénom du malade : M. Noumane Boukiki Age : 4 ans 1/2
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : pharyngite aiguë
 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 : 23/08/19 Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :


Adresses Mails utiles

Information : contact@mupras.com
 En charge : pec@mupras.com
 Inscription et changement de statut : adhesion@mupras.com

Garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Centre Allal Ben Abdellah - 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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/08/19	Hospitalisation et soins	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie les Pyramides Dr. Elmustapha GHANQAF 6, Bd. Abderrahim Bouabid Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca NPE: 092049451 - ICE: 00207206600003	23/08/19	161,30 DTG

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

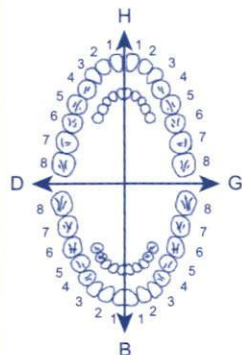
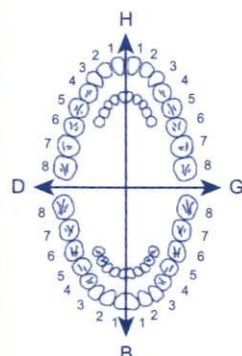
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
				MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

PPV 12DH80
PER 01/21
LOT 1199

12,80

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 23/08/19

Age = 4 ans 1/2

P = 19 kg 700



1900103811 / H0119030952

Prénom : Mohamed Nouamane PAYANT

Nom : BOURKIA

DDN : 01/04/2015 E: 23/08/2019

Service : PEDIATRIE (NA)



Sexe: M

(S.V)

1) Poliprane sachet

12,80

1 sachet x 24 g

(S.V)

19,00 2) Nurodel Sinop

40,00

1 dclp x 31g oil

(S.V)

3) Biomylase Sinop

89,50

1 cax x 31 g pdt

16,12

Pharmacie les Pyramides
Dr Elmustapha CHANDAO
6, Bis Bd. Abderrahim Bouabid
Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca
INPE: 092049451 - ICE: 002072066000035

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabi Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

بيوميلاز

200 U.CEIP/ml

40,00

PPV 4012

19,00

DR RABIA
PEDIA



8 032578 479683

LOT

190090



2022/02

PPC: 89,50 DH

pdt 31

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 102984 / 2019 du 23/08/2019

Nom patient	BOURKIA MOHAMED NOUAMANE	Entrée	23/08/2019
	PAYANTS	Sortie	23/08/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 Tél : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 22 89 28 54
 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 23 / 08 / 2019

Quittance - Paiement espèces

406702

IPP :

N° D'admission : Montant : 300 DT

Patient : Mohamed Nouamane Ben K. D

Cachet