

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.

Biologie 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.

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.

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0029135

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3186

Société : Retenue (RAM)

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NADRI Hamid

Date de naissance : 10/11/1953

Adresse : Hahiliela

Tél. : 0660655191

Total des frais engagés : 767,47

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : NADRI Hamid

Age : 58 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Lombalgie sciatique

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 : 29/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :



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
28/10/19	N° 16113	428,-		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

28/10/19 428,-

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

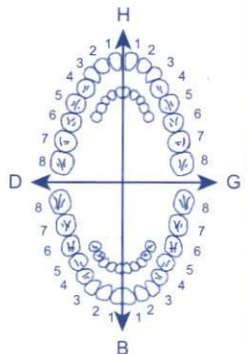
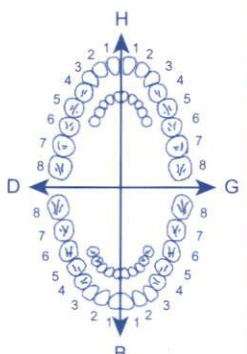
AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

25/10/2024

NADRI HANIS

28,-

- Noval Codeine CP 14pr



50,60

- PrincB Fat CP 14pr



- Apoxia Young 14pr



268,-

- oniz Long 14pr

81,40



428,-

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Imad ABCUSAHFA
Médecin Urgentiste

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

25/10/2019

05:43

Nom Patient	:	NADRI HAMID	Numéro dossier :	1900132978
-------------	---	-------------	------------------	------------

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
24/10/2019	MORPHINE SOTHEMA 10mg Injecta (10)(1)	745748	1,00	3,11	3,11
24/10/2019	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	745748	1,00	6,54	6,54
24/10/2019	CLOPRAME 10mg Injecta (10)(1)	745748	1,00	1,39	1,39
24/10/2019	ANDOL 1g Injecta (01)	745748	1,00	18,80	18,80
24/10/2019	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	745748	1,00	5,20	5,20
24/10/2019	SERINGUE 10ML	745748	1,00	0,84	0,84
24/10/2019	COMPRESSE STERILE TISSE 7.5X7.5 PQT5	745748	1,00	1,77	1,77
24/10/2019	INTRANULE G 20	745748	1,00	1,82	1,82
Total pharmacie					39,47

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 44 77
E-mail : contact@chkhck.ma
N°IMP 090061821

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 131658 / 2019 du 25/10/2019

Nom patient	NADRI HAMID	Entrée	25/10/2019
	PAYANTS	Sortie	25/10/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
PHARMACIE	1,00		39,47	39,47
			<i>Sous-Total</i>	39,47
Total Clinique				339,47

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT TRENTE-NEUF DIRHAMS QUARANTE-SEPT CENTIMES

Total 339,47

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel.: 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 03 48 77
 E-mail : contact@hik.ma
 INP 090061862

Centre
Monétique
Interbancaire

25/10/19 06:44:28
9900397937
93979301
HOP CHEIKH KHALIFA G6
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
NADRI HAMID
xxxxxxxxxxxx9242
07/21 CARTE NATIONALE
4931089FBB491DD4
601-0-9999-1-44

MONTANT: 339,47 MAD

NUM TRANSACTION : 005
NUM AUTORISATION: 394548
STAN 019116

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 1910250543078060, / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900132978	NADRI HAMID	25/10/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	019116	339,47
PAYANT	Total payé	339,47
TROIS CENT TRENTE-NEUF		

Reçu établi par : BADMOU

Hôpital Cheikh Khalifa
Tél.: 05 23 66 33 77
Fax : 05 23 66 33 77
E-mail : contact@chkh.ma
N°INP 0900612