

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-587039

48837

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	94 23	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		SOUAL Abdellah	
Date de naissance :		08/04/1967	
Adresse :		Villa 461 GREEN TOWN La VILLE VERTE BOUSKOURA CASABLANCA	
Télé. :	0661487489	Total des frais engagés :	3450,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	EURE 2021
Nom et prénom du malade :	El HADJ SOUA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Compagnon <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Sans maladie
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 : CASA Le : 25/11/2020
 Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	INP : []
		Détartrage D91 complet		COEFFICIENT DES TRAVAUX D 34
		Surfage D90 au laser.		MONTANTS DES SOINS 3450,00
		Surfage D40 au laser		DEBIT D'EXÉCUTION 22/10/2020
				FIN D'EXÉCUTION 13/11/2020

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

HN D'EXECUTION	13/11/10
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 112 121 / 2020 du 13/11/2020

Nom patient : **EL MEZIANI LAILA**

Entrée 13/11/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 13/11/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Surfaçage au laser	1,00		1 000,00	1 000,00
- Surfaçage au laser	1,00		1 000,00	1 000,00
Total Frais Clinique			Sous-Total	2 000,00
Total Frais Clinique				2 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE DIRHAMS

Total 2 000,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	2 000,00	2 000,00	0,00

Hopital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa
Centre Dentaire
Ref: 09921362

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 201113112150BA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000272108	EL MEZIANI LAILA	13/11/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0508 Lui-même	2 000,00
Total payé		2 000,00

Reçu établi par : BAS LAZ

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Centre Dentaire
N° INP : 090061014

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse*MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID*

N° : 2011051554458370 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000269449	EL MEZIANI LAILA	05/11/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0418 Lui-même	1 000,00
PAYANT	Total payé	1 000,00
MILLE DIRHAMS		

Reçu établi par : BAS.LAZ

*Hôpital Universitaire Ibn Khalaf et Cheikh Khalifa
Centre Dentaire
Tél : 090061862*

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **109 458** / 2020 du **05/11/2020**

Nom patient : **EL MEZIANI LAILA**

Entrée **05/11/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **05/11/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Surfaçage au laser	1,00		1 000,00 Sous-Total	1 000,00 1 000,00
Total Frais Clinique				1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS

Total 1 000,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	1 000,00	1 000,00	0,00

05/11/2020 Hôpital International Cheikh Khalifa
Salle Dentaire - 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 104 355 / 2020 du 22/10/2020

Nom patient : **EL MEZIANI LAILA**

Entrée 22/10/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 22/10/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
DETARTRAGE COMPLET SUS ET SOUS GINGIVAL	1,00		450,00 Sous-Total	450,00 450,00
Total Frais Clinique				450,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS		
	Total	450,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			450,00		450,00	0,00

Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Centre Dentaire
N° INP : 090011852

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 201022144047BA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000264276	EL MEZIANI LAILA	22/10/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0254 Lui-même	450,00
	Total payé	450,00

Reçu établi par : BASLAZ

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Centre Dentaire
N° INP : 09001832



مركز الميديا

13/11/20

11:18:39

9900397770

93977701

HOP CHEIKH KHALIFA G3
Casablanca

A0000000041010

APP : MASTERCARD

LAILA/EL MEZIANI.MME

xxxxxxxxxxxxxx2926

10/28 CARTE NATIONALE

0BF8D2974B255185

220-0-9999-1-55

MONTANT: 2000,00 MAD

NUM TRANSACTION : 007

NUM AUTORISATION: 498608

STAN : 000508

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT



05/11/20 15:48:45
9900397770
93977701
HOP CHEIKH KHALIFA G3
Casablanca

A00000000041010
APP : MASTERCARD
LAILA/EL MEZIANI .MME
xxxxxxxxxxxxx2926
10/28 CARTE NATIONALE
F9FC05808F5E1589
220-0-9999-1-55

MONTANT: 1000,00 MAD
NUM TRANSACTION : 007
NUM AUTORISATION: 681245
STAN : 000418

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT