

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 canaux, 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 canaux.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-433897

CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12652 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LEMDILKI DOUNTA

Date de naissance : 20/06/1988

Adresse : 236000 Florida, 90000 Naâmf

Tél. : 0661734727 Total des frais engagés : 679 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/10/2019

Nom et prénom du malade : Lemdilk Douna Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la 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 : Casablanca Le : 16/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes Nature des Actes Nombre et Coefficient Montant détaillé des Honoraires Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

INP : 091183376

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 canaux, ainsi que le bilan de D.O.F.

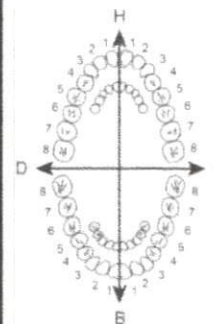
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : 091183376



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

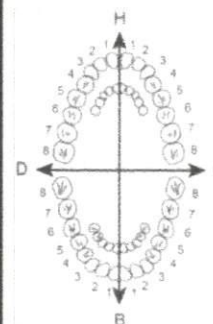
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[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

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

16/07/2020

Dr. Bent El K. Bena

79.0

Niofer



1 gel /

- 1 semaine

t=79.0

PHARMACIE
 DE LOU
 Route de
 Casablanca
 RC: 99999

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
 BOULEVARD EL HASSANI
 Gynécologie Obstétrique
 01183376

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 190716150738NA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900089637	LEMDILKI DOUNIA	16/07/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3458 LEMDILKI DOUNIA	600,00
	Total payé	600,00

Reçu établi par : NAW.BEL

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ickm.hck.ma
N°INP 090061862

Centre
Monétique
Interbancaire

16/07/19 15:08:35
9900398091
93980901
HOP CHEIKH KHALIFA G14
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA CLASSIQUE
Mlle DOUNIA LEMDILKI
xxxxxxxxxxxxx7799
02/20 CARTE NATIONALE
712E77A8B16F4333
606-0-9999-1-44

MONTANT: 600,00 MAD

NUM TRANSACTION : 009
NUM AUTORISATION: 002728
STAN : 003458

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 88 952 / 2019 du 16/07/2019

Nom patient : **LEMDILKI DOUNIA**

Entrée 16/07/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 16/07/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULT SPECIALITE GYNECO+ECHO	1,00	CS	600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
Total Frais Clinique				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
SIX CENTS DIRHAMS	Total 600,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			600,00		600,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél: 05 29 02 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@ickm.hck.ma
 N°INP 090061862

Echographie Gynécologique et Obstétricale

Date :

16/07/2019

NOM & PRENOM : Mme

Lehtli Dune

DDR

Age gestationnel :

37 SA

Opérateur :

Indication : Echographie du 3ème trimestre

Présentation, Vitalité :

- Foetus en présentation céphalique
- Mouvements foetaux normaux, mouvements thoraciques vus; bon tonus.
- Activité cardiaque régulière.
- FC : 142 btt/mn

Annexes :

- La quantité de liquide est normale.
- Le placenta est ANBI

Biométrie :

- BIP : 88 mm
- PC : 313 mm
- CA : 332 mm
- LF : 72 mm
- EPF : 3221 g

Conclusion : Grossesse monofoetale évolutif de 37 SA sans particularité.

DR.