

## 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 à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>22950</b>		Société :	
Matricule : <b>00774</b>			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BEN YAHIA ABDELLAH</b>		Date de naissance : <b>1949</b>	
Adresse : <b>186 LTS FLORIDA - SIDI MAAROUF CASABLANCA</b>		Tél. : <b>066 5220 356</b>	
		Total des frais engagés : <b>520,20</b>	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : <b>1/1/2020</b>	
Nom et prénom du malade : <b>Ben Yahia Abdellah</b>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <b>Tolérance MUPRAS</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>27 FEV 2020</b>	
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 : **17/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) : 

**ACCUEIL**

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du praticien attestant le Paiement
19/02/2010	CHIRURGIE DENTAIRE	100	300 F	INP : 001477519

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANNEAUX	12/02/2010	220,20

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

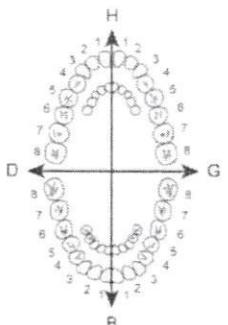
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

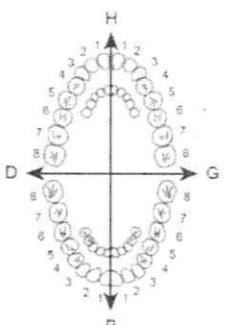
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433550
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[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

DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	



laboratoire Poldis  
Rue des Goncourt,  
75111 PARIS, FRANCE

PVC: 198,00 DH

PPV 2001120  
PER 10/21  
LOT 12429

المس  
الدو



22,20

وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le :

12/04/2005 Mr. Sayed Asthenie

22<sup>20</sup> + codalipone  
120 x 15 mg

198<sup>00</sup> + Naciceptol  
120 x 30 mg

~~PHARMACIE AHMED'ALI  
Dr. EL HADIDI ALI  
Lot. 100, route N°80 bis  
Boulevard - CASABLANCA  
Tél./Fax: 022.97.32.16~~

T = 220,20

091177519  
Hypertension  
Orthopédie  
Urologie  
Gynécologie  
Anesthésiologie  
Inhalation

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2002121542472850 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000183159	BENYAHIA ABDERRAFIE	12/02/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	14838	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : IMA.JAF



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 20 898 / 2020 du 12/02/2020

Nom patient : **BENYAHIA ABDERRAFIE**

Entrée 12/02/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 12/02/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de traumatologie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
TROIS CENTS DIRHAMS		<b>Total 300,00</b>

Encaissements						<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
							300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 22 89 28 54  
E-mail: [ndm@chekhkh.com.ma](mailto:ndm@chekhkh.com.ma)  
N°ICE 001740003000026

Centre  
Monétique  
Interbancaire

12/02/20 15:40:00  
9900397754  
93977501 ,  
HOP CHEIKH KHALIFA G2  
Casablanca

A0000000031010  
APP : VISA  
M. BENYAHIA ABDER  
xxxxxxxxxxxxx2361  
11/20 CARTE NATIONALE  
8816DBE0A025A15F  
201-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 018  
NUM AUTORISATION: 843235  
STAN : 014838

DEBIT

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT