

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 - 1^{er} étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-516316

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **22950**

Matricule : **00774** Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **BENYAN ABDEKAFIN**
 Date de naissance : **1949**
 Adresse : **186 LTS FLORIDA - Sidi MAAKOUR**
2 ACABLANCA
 Tél. : **0667200356** Total des frais engagés : **520,20** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : **Benny Azzouji** Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : **Tuberculose**
 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 : **27 / 02 / 2020**
 Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

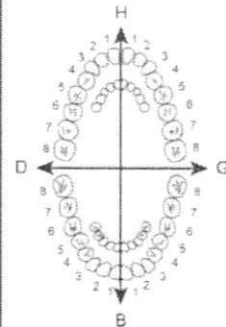
ACCUEIL

27 FEB 2020

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du attestant le Paiement |
| 02/02/2007 | Consultation | 1 | 300 F | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> INF : <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 01277519 </div> </div> |

[illegible][illegible][illegible]

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



A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 11. The bridge is shown in a perspective view, with the top and bottom piers visible. The top pier is labeled 'H' and the bottom pier is labeled 'A'. The side piers are labeled 'D' and 'G'. The bridge is shown in a perspective view, with the top and bottom piers visible. The top pier is labeled 'H' and the bottom pier is labeled 'A'. The side piers are labeled 'D' and 'G'.

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

| | |
|-----|-----|
| | |
| 1 | 1 |
| 2 | 2 |
| 3 | 3 |
| 4 | 4 |
| 5 | 5 |
| 6 | 6 |
| 7 | 7 |
| 8 | 8 |
| 9 | 9 |
| 10 | 10 |
| 11 | 11 |
| 12 | 12 |
| 13 | 13 |
| 14 | 14 |
| 15 | 15 |
| 16 | 16 |
| 17 | 17 |
| 18 | 18 |
| 19 | 19 |
| 20 | 20 |
| 21 | 21 |
| 22 | 22 |
| 23 | 23 |
| 24 | 24 |
| 25 | 25 |
| 26 | 26 |
| 27 | 27 |
| 28 | 28 |
| 29 | 29 |
| 30 | 30 |
| 31 | 31 |
| 32 | 32 |
| 33 | 33 |
| 34 | 34 |
| 35 | 35 |
| 36 | 36 |
| 37 | 37 |
| 38 | 38 |
| 39 | 39 |
| 40 | 40 |
| 41 | 41 |
| 42 | 42 |
| 43 | 43 |
| 44 | 44 |
| 45 | 45 |
| 46 | 46 |
| 47 | 47 |
| 48 | 48 |
| 49 | 49 |
| 50 | 50 |
| 51 | 51 |
| 52 | 52 |
| 53 | 53 |
| 54 | 54 |
| 55 | 55 |
| 56 | 56 |
| 57 | 57 |
| 58 | 58 |
| 59 | 59 |
| 60 | 60 |
| 61 | 61 |
| 62 | 62 |
| 63 | 63 |
| 64 | 64 |
| 65 | 65 |
| 66 | 66 |
| 67 | 67 |
| 68 | 68 |
| 69 | 69 |
| 70 | 70 |
| 71 | 71 |
| 72 | 72 |
| 73 | 73 |
| 74 | 74 |
| 75 | 75 |
| 76 | 76 |
| 77 | 77 |
| 78 | 78 |
| 79 | 79 |
| 80 | 80 |
| 81 | 81 |
| 82 | 82 |
| 83 | 83 |
| 84 | 84 |
| 85 | 85 |
| 86 | 86 |
| 87 | 87 |
| 88 | 88 |
| 89 | 89 |
| 90 | 90 |
| 91 | 91 |
| 92 | 92 |
| 93 | 93 |
| 94 | 94 |
| 95 | 95 |
| 96 | 96 |
| 97 | 97 |
| 98 | 98 |
| 99 | 99 |
| 100 | 100 |

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Laboratoire Polidis
Rue des Concorde,
011 PARIS, FRANCE

PVC: 198,00 DH

Fédération Française de
Hockey sur Glace

HPV 200400
PER 10/21
LOT 12429

المست
الدو
علاج



وصفة طبية

Ordonnance

22,20

Casablanca, le :

12/04/2020

Dr. Tayeb

Asst. Med. Dr.

22²⁰ + Codoliprone

1cp x 3/5 pr 20

198,00 + Noicephol

1 app x 3/5 pr 20

T= 220,20

PHARMACIE AHMED ALI
Dr. EL MOHAMMADI ALI
Lot 1000 - 80 bis
CJH - Casablanca
Tél/Fax: 022.97.32.16

Hôpital Oussama Ben Laden
Rue de la Liberté
09177519

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 : IMAJAF



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 | 300,00 |
| | | | Sous-Total | 300,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 300,00 |

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

| | | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|-----------------------|---------------|
| Encaissements | | | | | Total encaissé | Solde |
| | | | | | | 300,00 |

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 E-mail: contact@hkhk.ma
 Fax: 05 29 03 53 45
 Tel.: 05 29 03 53 45

Centre
monétique
Interbancaire

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

A00000000031010
APP : VISA
M. BENYAHIA ABDER
xxxxxxxxxxxxxx2361
11/20 CARTE NATIONALE
8816DBEOA025A15F
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