

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 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° W19-530135

25048

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6444 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ANZAH RACHID
 Date de naissance : 13/12/1965
 Adresse : LES CHALETS DE BOUSKOURA V7 BOUSKOURA
 CASABLANCA
 Tél. : 0661226340 Total des frais engagés : 1440,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 3/01/2020
 Nom et prénom du malade : ANZAH RACHID
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dermatose chronique
 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 : 03/01/2020
 Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL SIEGE RAM

[illegible]

3/1/2020

INF 09

Dr. H. DAHBI SMALI

Professeur en Dermatologie

Dr. H. DAHBP SIKATI
Professeur en Dermatologie

[illegible]

Hospital
TALI
TALI

DR. H. DAHBI-SKALI
Professeur en Dermatologie

Professeur en Dermatologie		ANALYSES - RADIOGRAPHIES	
Capté et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/12/22	6 séances de radiologie	720 000 Ph
	08/12/22	"	720 000 Ph

06/12/22 6 séances 720,00 kWh
de puvisologie
08/12/22 " " 720,00 kWh

Dr. H. DAHBI SKALI
Professeur en Dermatologie

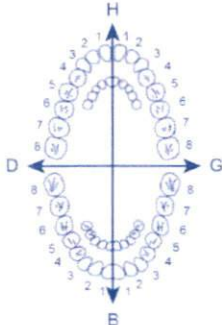
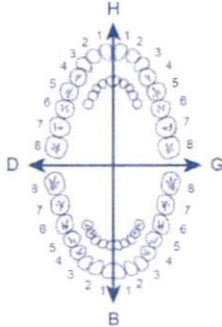
[illegible][illegible]

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible][illegible][illegible][illegible]



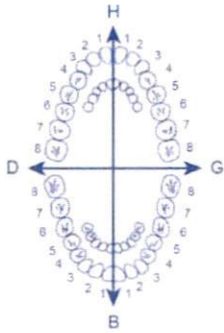
DEBUT D'EXECUTION


FIN D'EXECUTION


[illegible]

--	--	--	--	--

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
<input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																

PROFESSEUR D'ARTS ET MÉTIERS		NOM ET PRÉNOM		COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">NOM ET PRÉNOM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		NOM ET PRÉNOM		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	NOM ET PRÉNOM													
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
<p align="center">(Création, remont, adjonction)</p> <p align="center">Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										
				DATE DE L'EXECUTION										

	<p align="center">[Création, remont, adjonction]</p> <p align="center">Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	DES SOINS	<input type="text"/>
		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>




Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

DATE DE
L'EXECUTION

		DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 1 788 / 2020 du 06/01/2020

Nom patient : MANZAH RACHID

Entrée 06/01/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 06/01/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- PUVA thérapie corps entier ou extrémité	6,00		120,00	720,00
			Sous-Total	720,00
Total Frais Clinique				720,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
SEPT CENT VINGT DIRHAMS	Total 720,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			720,00		720,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Tél.: 05 29 03 53 45

Fax : 05 29 00 44 77

E-mail : contact@fckm.hck.ma

RCPMP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2001061210421150 / 3 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000163852	MANZAH RACHID	06/01/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3979	720,00
PAYANT	Total payé	720,00
SEPT CENT VINGT DIRHAMSMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : GHLSEL

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Tél.: 05 29 03 53 45

Fax : 05 29 00 44 77

E-mail : contact@hckm.hck.ma

N°INP 090061862



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 03/07/2020

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 74
E-mail : contact@hck.ma
N°INP 090061862

143 HAH Rachid

12 Séances de photothérapie
(2 séances / semaine)

Dr. H. DAHBI-SKALI
Professeur en Dermatologie



LE 04/03/2020

CERTIFICAT MEDICAL

Mr **MANZAH RACHID**; est suivi en dermatologie à l'hôpital **CHEIKH KHALIFA** à Casablanca, nécessitant un traitement par spécialisé avec une surveillance médicale stricte et ceci pour une durée de 12 séances du 06/01/2020 au 14/02/2020, renouvelable selon l'évolution de la dermatose.

Certificat délivrée pour servir et valoir à qui de droit.

Pr DAHBI SKALI HAYAT

*Dr. H. DAHBI-SKALI
Professeur en Dermatologie*

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 20012815484011500 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000175605	MANZAH RACHID	28/01/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	4328	720,00
PAYANT	Total payé	720,00
SEPT CENT VINGT DIRHAMS MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : GHISEL

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hkh.ma
N° d'IMP 000061862

F A C T U R E

N° L 100 175 605 / 2020 du 28/01/2020

Nom patient : **MANZAH RACHID**

Entrée 28/01/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 28/01/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- PUVA thérapie corps entier ou extrémité	6,00		120,00	720,00
			Sous-Total	720,00
Total Frais Clinique				720,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
SEPT CENT VINGT DIRHAMS	Total 720,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			720,00		720,00	0,00

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



مركز الدفعات

28/01/20 15:45:13

9900397770

93977701

HOP CHEIKH KHALIFA G3

Casablanca

A00000000041010

APP : MASTERCARD

MANZAH RACHID

xxxxxxxxxxxxx0082

04/21 CARTE NATIONALE

FFED2EE0E9C6B056

201-0-9999-1-55

MONTANT: 720,00 MAD

NUM TRANSACTION : 010

NUM AUTORISATION: 940436

STAN : 004328

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

