

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données 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

Nº P19- 0040434

28/05/2015

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 714

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

S.KALI FAROUK

Date de naissance :

13/4/6

Adresse : Résidence EL HAMOUD - FARAH SALAM CASA

Tél. : 0644282438

Total des frais engagés : 961,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL ALAOUI BATILSA

Age : 73

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº P19- 040434

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/03/2014	C-S		1300 F	Dr le Dr Gérard P. Ass Hallé Béthizy Chirurgie Générale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NARJIS 41, Bd. Yacoub El Mansour 25/05/2024	2024-05-25 09:35:01	167,00 JDS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Hôpital Chevallier Ass. U.A.U.C. 10 urgie Cervico-Faciale	28/05/12		Audiometrie tonale			50,00

VIOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

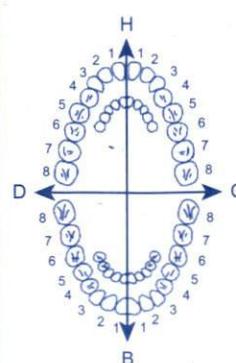
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de la

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

بسم الله الرحمن الرحيم
PHARMACIE NARJIS
141, Bd. Yacoub El Mursour
Tél.: 0522 25 00 74 / 0522 98 55 55
وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

M/05/2020

Amr AL Alaoui

Bahije



39,00

PPV: 39DH80
PER: 12/22
LOT: 12964

1 l - Lamoxyl

141, Bd. Yacoub El Mursour
Tél.: 0522 25 00 74 / 0522 98 55 55
PHARMACIE NARJIS

8 gouttes le soin

LOT 190816
EXP 01/2022
PPV 99.00DH

99,00



21 jours)

21 - Dedes Long

PHARMACIE NARJIS

141, Bd. Yacoub El Mursour

Tél.: 0522 25 00 74 / 0522 98 55 55

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Pr Ass HAJJI Amal
et Chirurgie Cervico-Faciale

PPV: 22DH20
PER: 01/22
LOT: J037

Adresse : Boulevard Mohamed Taïeb Nacir, Hay El Hassan, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél. +212 529 001456 • Fax +212 529 008898 • www.hck.ma

22/05/2020
161,00

100x30

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

04/05/2020

Casablanca ,le :

Mr, Mme, Enfant : El Alaaoui Bahija

AUDIOMETRIE TONALE

IMPEDANCEMETRIE

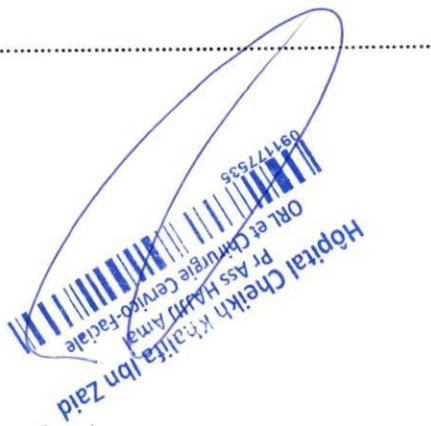
PEA

Renseignement

Clinique.....

.....
.....

Signature :



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 45 016 / 2020 du 08/05/2020

Nom patient : **EL ALAOUI BAHIJA**

Entrée 08/05/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 08/05/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
AUDIOMETRIE TONALE	1,00	F	500,00 Sous-Total	500,00 500,00
Total Frais Clinique				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Total 500,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	500,00	500,00	0,00



Reçu de caisse

N° : 20050811534837001 / 1 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000207169	EL ALAOUI BAHIJA	08/05/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	012713	500,00
PAYANT	Total payé	500,00
CINQ CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : FAT.SAF



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 44 016 / 2020 du 04/05/2020

Nom patient : **EL ALAOUI BAHIJA**

Entrée 04/05/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 04/05/2020

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

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

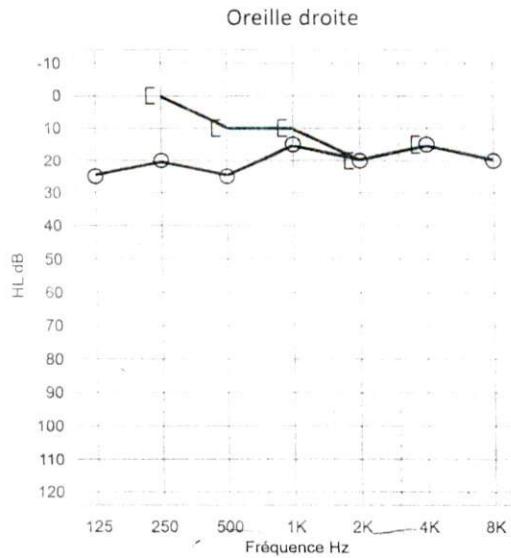
	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	300,00				300,00	0,00

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

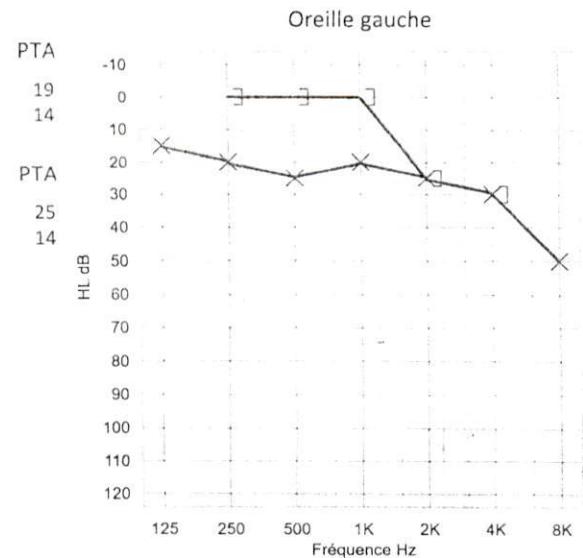
BAHIJA EL ALAOUI

Num client: 0001609
Date de naissance:
Date: 08/05/2020
Créé par: ABC

Audiogramme tonal pur: 08/05/2020



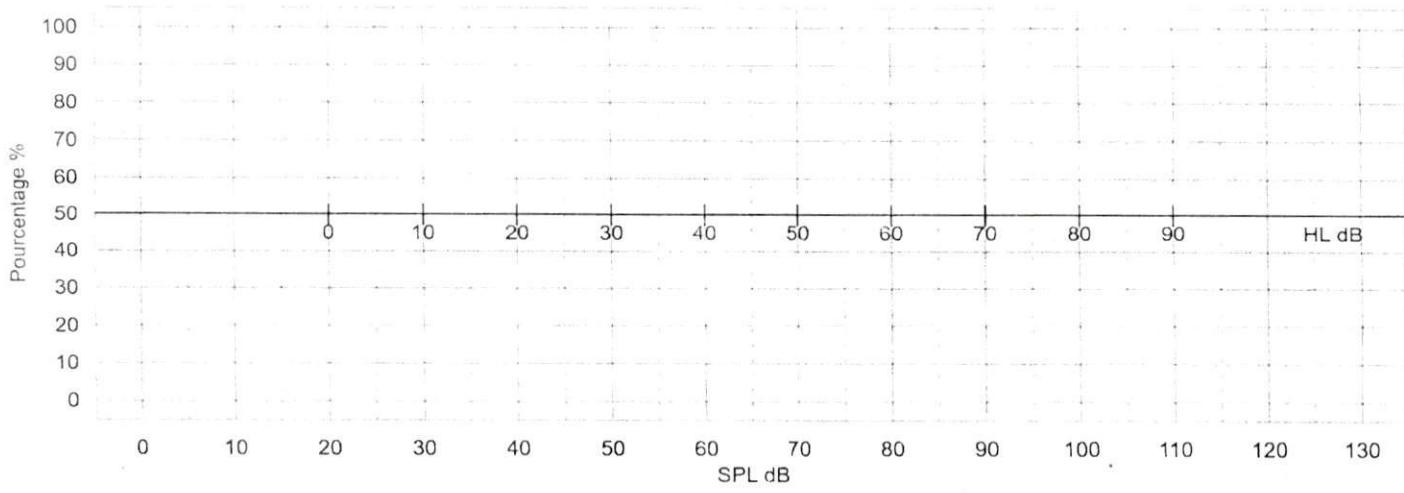
Seuil CA	[]
Seuil CO	65 65 65 65 65



Seuil CA	[]
Seuil CO	65 65 65 65 65

Notes:

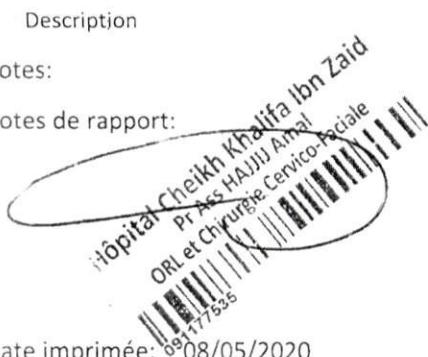
Audiogramme vocal: 08/05/2020



Description

Notes:

Notes de rapport:



Date imprimée: 08/05/2020

Surdité de perception légère
de 20dB à gauche
(prévoir PTA++)

Date : 04/05/2022

Quittance - Paiement espèces

0474854

IPP :

N° D'admission : 2209226210 Montant : 300 DH
Patient : EL ALAOUI BATHIJA

Cachet





08/05/20 11:50:55
9900398026
93980201
HOP CHEIKH KHALIFA G10
Casablanca

AD0000000032010
APP : VISA ELECTRON
SKALI/FAROUK MR
XXXXXX>>>>>8295
12/20 CARTE NATIONALE
4A7486CD1071FF1E
626-0-9999-1--44

MONTANT : 500,00 MAD
NUM TRANSACTION : C03
NUM AUTORISATION : CU4705
STAN : C12713

DEB...

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT