

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.

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.

Optique :

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.

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

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 caractére 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

M² 28520

Déclaration de Maladie : N° P19-0005061

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 714 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SKALI FAROUK Date de naissance : 1936

Adresse : Résidence EL HAMO - FARAH SELEM CASA

Tél. 0644 28 24 98 Total des frais engagés : 691,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/07/2021

Nom et prénom du malade : EL ALAOUI BAHILJA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : CS Opticien

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 N° P19-0005061

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 : 714

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 691,40

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
23/03/2017 Fax : 05.29.00.05.71 Email : contact@fcdm.tn N°NP 090061862	22.03.53.45	3000 TA		Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid Dr BENJELLOUN Mohamed Faycal OPHTHALMOLOGIE 05177064

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL Mansouri 0522 39 86 33 NARJIS	27/04/2017	100 TA

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

VOLET 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 :

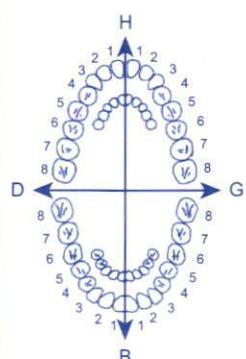
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
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

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 28/04/2007

141, Bd. Yacoub El Mansour
Tél: 0522 25 00 74/0522 99 39 86
PHARMACIE NARJIS
الدواء نرجس

Dr. S. El Hachmi

RIMA PHARMA
PVC : 60,00

60,00 cell.



1) Tobradex cell
35,00 cell x 4 / 150 mg + an



2) Tobradex cell

150 mg x 3 / 100 cell.

3) Alopi 0,5% cell

141, Bd. Yacoub El Mansour
Tél: 0522 25 00 74/0522 99 39 86
PHARMACIE NARJIS



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**CASABLANCA****Reçu de caisse***Méd***HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

N° : 2004231204084830t / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000204611	EL ALAOUI BAHIJA	23/04/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	10199	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MAN.ELB

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 42 404 / 2020 du 23/04/2020

Nom patient : **EL ALAOUI BAHIJA**

Entrée 23/04/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 23/04/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation d'ophtalmologie	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	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

*Cheikh Khalifa Ibn Zaid
05 29 03 53 45
05 29 00 44 77
contact@fckm.hk.m
990061862*

Centre
Monétique
Interbancaire

23/04/20 11:54:25

9900397952

93979501

HOP CHEIKH KHALIFA G7

Casablarca

A0000000032010

APP : VISA ELECTRON

SKALI/FAROUK.MR

xxxxxxxxxxxx8295

12/20 CARTE NATIONALE

60543EC3BFB92FF8

626-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION: 0S6040

STAN : 010199

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT