

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.

Pathologie 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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

N° P19- 055429

50274

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3048 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Boushra Abdellah

Date de naissance : 30/09/1947

Adresse : Résidence Attanounan

Rue G.m. 64 EL OULFA

Tél. : 650395134 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/10/2010 | CS | 300,00 DH | | Signature et cachet du Médecin |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE S. R. A. F. A. S. A. R. L. A. U. 140 Lot Smirzida Lissasta Casablanca Fax: 05 22 65 20 01 | 03/12/20 | 1362,00 Dhs |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

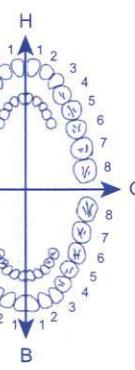
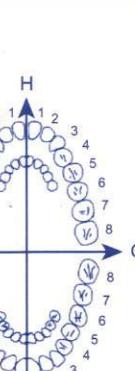
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | $ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $ | | | Coefficient des travaux |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Montants des soins |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

03/12/2020

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L.A-U. Lissabon
140 Tizi Smir El Aouda Casablanca
Tél/Fax : 05 22 55 20 07

GlaxoSmithKline
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 561,00 DH
ID: 645475
6 118001 142606

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 561,00 DH
ID: 645475
6 118001 142606

4 Nodopan 200 mg

1/4 - 1/4 - 1/4

1x 200 mg

31 Survilux 10 mg

2/282

ABD 1/2

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Q1 Zanata Ain sebaa Casablanca
Seroplex 10mg cp 30 b28
P.P.V : 240,00 DH
6 118001 184989

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Prof. OTHMANE Hamid
Neurologie

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2012031215291160 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------------|-------------------|
| 2000279378 | LATIFI EP BOUHMIDA K | 03/12/2020 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------------|------------------------------------|-------------|
| Chèque | 3308328 BMCI BOUHMIDA ABDELAZIZ | 300,00 |
| PAYANT | Total payé | 300,00 |
| TROIS CENTS DIRHAMS | | |

Reçu établi par : SAR.MES

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2012031215291160 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------------|-------------------|
| 2000279378 | LATIFI EP BOUHMIDA K | 03/12/2020 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------------|------------------------------------|---------------|
| Chèque | 3308328 BMCI BOUHMIDA ABDELAZIZ | 300,00 |
| PAYANT | Total payé | 300,00 |
| TROIS CENTS DIRHAMS | | |

Reçu établi par : SAR MES



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse*MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID*

N°: 2012031215291160 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------------|-------------------|
| 2000279378 | LATIFI EP BOUHMIDA K | 03/12/2020 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------------|------------------------------------|-------------|
| Chèque | 3308328 BMCI BOUHMIDA ABDELAZIZ | 300,00 |
| PAYANT | Total payé | 300,00 |
| TROIS CENTS DIRHAMS | | |

Reçu établi par : SAR.MES

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 119 506 / 2020 du 03/12/2020

Nom patient : **LATIFI EP BOUHMIDA KHADIJA**

Entrée 03/12/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 03/12/2020

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|------------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i> | | | | |
| - Consultation de neurologie | 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 |

