

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR 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

- 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° W19-448278
(S1908)

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2690 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOUMZAIIG LATHUCCINE

Date de naissance : 02/07/1953

Adresse : Lot 51 Abderraouane Rue 29 N° 60

Tél. : 06 33 59 92 00 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/12/2010

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : maladie des yeux

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.

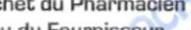
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : casab

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/12/2010

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/12/2020	103,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (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"/>																
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	00000000	00000000	B	35533411	G	11433553
				H	21433552															
				25533412	00000000															
				D	00000000															
00000000	00000000																			
B	35533411																			
G	11433553																			
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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																				

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 09/12/2020

Mme Henda Najar

63,20

1/ Zyletec 



METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

40,40 1cp / J le Soir
2/ Meteospasmyl



1cp x 31 J

T. 103,60

Jr. Karima FICHTALI
Professeur Agrégée
Gynécologie-Obstétrique
Hôpital Rocha - Casablanca

Nom & Prénom :

Am Afidou Najar

Date de naissance :

Date:

209/12/2008

Opérateur :

Appareil : GE Voluson

Type : E6

mise en service 03/2015

Modalités d'examens: Voie Endovaginale.

-Utérus en position antéversé, de contours régulier mesurant 7 mm d'échostructure homogène.

-L'aspect de l'endomètre est d'écho structure normal.

Epaisseur de l'endomètre de 4 mm.....

-Les ovaires sont de taille et de structure normale :

- Ovaire droit :
- Ovaire gauche :

kyte ovarie droit

-Absence de masse pelvienne suspecte.

-Le Cul de Sac de Douglas est libre, en particulier, il n'y a pas d'épanchement liquide.

Conclusion : Echographie end vaginale

kyte ovarie droit

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **121 859 / 2020** du **09/12/2020**

Nom patient : **AFRIDOU NAJAT**

Entrée **09/12/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **09/12/2020**

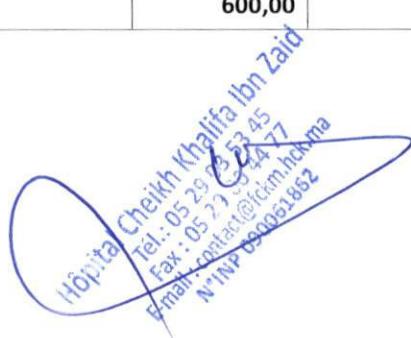
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULT SPECIALITE GYNECO+ECHO	1,00	CS	600,00	600,00
Total Frais Clinique				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS

Total **600,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	600,00	600,00	0,00



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse*MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID*

N° : 2012091528235890 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000281605	AFRIDOU NAJAT	09/12/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	000170 Lui-même	600,00
PAYANT	Total payé	600,00
SIX CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : KENADD

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 23 03 53 45
Fax : 05 29 08 44 77
E-mail : contact@ckm.hck.ma
N°INP 090 61862



مصرف التقديمات

09/12/20 15:25:15

9900398091

93980901

HOP CHEIKH KHALIFA G14
Casablanca

A0000000032010

APP : VISA

LAHOU BOUMZAIRIG.MONSIE

xxxxxxxxxxxx3345

11/23 CARTE NATIONALE

75B9F2C1D27AF3DF

621-0-9999-1-44

MONTANT : 600,00 MAD

NUM TRANSACTION : 006

NUM AUTORISATION : 382969

STAN : 000170

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

POUR LE CLIENT