

# 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 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° M20- 0001961

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01518 Société : 133002  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NAFIH ABDESSALAM  
 Date de naissance : 17.12.1982  
 Adresse : 11 lot la coe Sidi Naouf  
 Tél. : 0629992821 Total des frais engagés : 598,00 + 300 = 898,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29.09.2022  
 Nom et prénom du malade : NAFIH ABDESSALAM Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Syndrome extrapyramidal  
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>ARMACIE DUM EL KHEIR</p> <p>7 Lot Communal N°2</p> <p>Sidi Maârouf . Casa</p> <p>Tel : 05 22 97 52 93</p>	29/09/22	596,00

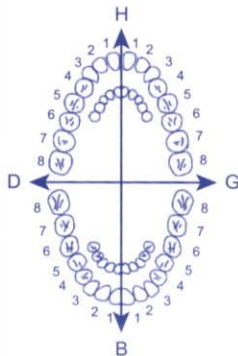
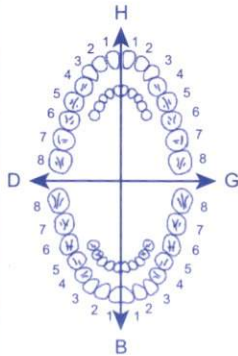
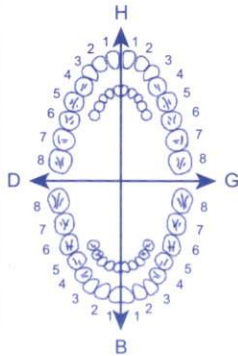
[illegible][illegible]

## 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								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
<div style="text-align: center;"> <b>ODF</b>  <b>PROTHESES DENTAIRES</b> </div> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">H</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">G</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">D</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">B</div> </td> </tr> </table>				<div style="text-align: center;">H</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div>		<div style="text-align: center;">G</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div>		<div style="text-align: center;">D</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div>		<div style="text-align: center;">B</div>
	<div style="text-align: center;">H</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div>		<div style="text-align: center;">G</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div>								
	<div style="text-align: center;">D</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div>		<div style="text-align: center;">B</div>								
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							

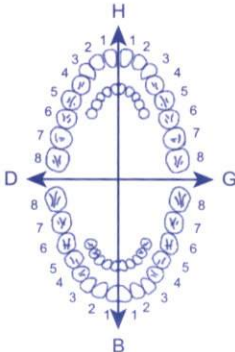
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

**Important :**

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX		
						MONTANTS DES SOINS	
						DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION		

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

[illegible]

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° 125.818 / 2022 du 29/09/2022

Nom patient : **NAJIH ABDESSELAM**

Entrée 29/09/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 29/09/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE NEUROLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

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

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00





## Reçu de caisse

SANS CONTACT )))

N°: 2209291135568570: / 1 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

29/09/22 11:12:31

9900397820

93978201

HOP CHEIKH KHALIFA G4

Casablanca

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200568877	NAJIH ABDESSELAM	29/09/2022

A0000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxx9481

CARTE NATIONALE

B4161690B3DFC4FD

221-0-9999-1-44

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	006343 Lui-même	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 004

NUM AUTORISATION: 954798

STAN ; 006343

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT

Reçu établi par : SAM.HAT







# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

29/05/2022

Pr. NAJIM ABOU...  
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. agrégée JEHANNE AASFA  
Neurologie

091171371

Distribué par Roche S.A. ○  
3d. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivraie 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.V. : 298,00 DH



298,00 (42)  
SV  
MADOPAR 250mg

1/2 cp à 09h  
3/4 cp à 13h  
1/2 cp à 17h  
1,596,00  
PHARMACIE OUM EL KHEIR  
147 Lot Communal N°2  
Sidi Maârouf . Casa  
Tel : 05 22 97 52 93

puis  
MADOPAR 250mg

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. agrégée JEHANNE AASFA  
Neurologie

091171371

Distribué par Roche S.A. ○  
3d. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivraie 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.V. : 298,00 DH



1/2 cp à 09h  
3/4 cp à 13h  
1/2 cp à 17h  
1/2 cp à 21h  
03 fois  
03 fois

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

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

30 min avant les repas.

2000 cartilage

27 / 10 / 2022

à partir de 14h30

Suivi. NEUROLOGIE @ gmail.com

2) Aubocetyl 40mg

1/2 cp - 0 - 1/2 cp/j

à d'2 w.

2

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Agnès JERAMIE A-SFERA  
Neurologie

