

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

M22- 0008624

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1728 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAOUF Lahcen
 Date de naissance : 30/06/51
 Adresse : Résidence Nador Im. 1 Casablanca
 Tél. : 06 61 29 42 55 Total des frais engagés : 647,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp]
 Date de consultation : 05/11/2022
 Nom et prénom du malade : Lahcen Chaouf Age : 71
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dors Abdominaux
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Colopathie
 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 : Casablanca le 05/11/2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 05/11/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
05-11-22	C.S		300,00	
07/11/22		0	6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/11/22	218,40
	07/11/22	112,80
	07/11/22	34,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 05/11/2022

Numéro : 145 621



090061862

Nom patient : CHAOUF LAHCEN

Médecin : PR. DELSA HANANE
Hépatogastro-entéro

2200588561

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00

Total	300,00
Arrêtée la présente à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	

Hopital: Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 03 44 71
Email: contact@hckm.hcm.ma
N°INP 090061862



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 05/11/2022

chaouf l'even

2x 32,50

② Metrogel 500g

(S.V.)

3x 1g

67,00

(S.V.)

② Ultradevum

2x 1g

42,00

③ Digitar

(S.V.)

2x 1g

214,00

2x 1g

④ Neobutan

(S.V.)

40,40

⑤ Metrogel

2x 3x 1g

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

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

218,40



USPASMYL® B 20 caps molles
 averme citrate 60 mg / Simeticone 300 mg
 P.P.V.: 40, 40 DH
 Distribué par COOPER PHARMA
 4, rue Mohamed Diouri - Casablanca
 6 118000 190293



LOT
 EXP
 P.P.V.
 221209
 04 46.00
 2027

6684
 BICODDEX MAROC PPV: 40, 00 DH
 02122

METROZAL®
 Metronidazole 500mg
 Boîte de 20 comprimés
 P.P.V.: 32,50 DH
 6 118000 190967



METROZAL®
 Metronidazole 500mg
 Boîte de 20 comprimés
 P.P.V.: 32,50 DH
 6 118000 190967





وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 07/11/2022

Cher patient

122.80

① Enzal 40mg
Dgla

PHARMACIE WAIL
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba
arb Ghellaf - Casablanca
Tél: 0522 25 18 07

Dr. Delsa
Hépatite-Gastro-Entérologie
Pneumologie
Néphrologie

(S.V.)

LOT : 7261
UT. AV : 02-25
P.P.V : 122 DH/80

1/2 1/2 1/2 1/2
e rps

pdt 10j

Dr. Delsa
Hépatite-Gastro-Entérologie
Pneumologie
Néphrologie