

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-781026

246059

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 2390

Société : R.A.H

Actif Pensionné(e)

Autre : ALATI CHAHS KARAL

Nom & Prénom : ALATI CHAHS KARAL

Date de naissance : 10.3.58

Adresse : 2201 LAZAROV

Tél. : 0614440694

Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : NR ALANI CMAN RAY

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

D'individu

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 : 23 JAN. 2023

Signature de l'adhérent(e) : Le : 18/12/2022



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes 13/01/23	Nature des Actes FDS	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires 1300,00	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes INP : [REDACTED]
Souscrite par [REDACTED] le 16/12/22				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur PHARMACIE HOPITAL CHERKIAH AL FIRDAUS GH26 IMM 249 OULEA CASABLANCA TEL: 05 22 88 11 88	Date 13/01/23	Montant de la Facture 1193,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]																		
COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
MONTANTS DES SOINS																						
DEBUT D'EXECUTION																						
FIN D'EXECUTION																						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																						
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">H</td> <td style="width: 30%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></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 colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	
H	G																					
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>																						
B																						
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
Coefficient des Travaux																						
Montants des Soins																						
Date du devis																						
Date de l'exécution																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

13/01/23

N° ALAN 1 CMANS KANAC.

437.00x4



1 - Janet 50/100 c.

1/2 gr x 2/jip/3/jem.

89.50x3 1 gr ent → 3 m.

2 - Diamine. 30g.

99.50x3 1 gr ent → 3 m.

3 - Lipathyl 1 m.

2135.50 1 gr le ser.

6 118001 181529
MAPHER
KM 10 Route Casablanca
Q.Zerktou Al Sebaa Casablanca
P.P.V : 99,50 DH
GARANTIE 200mg gélule 330

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur Assistant LAIDI Soukaina
Endocrinologie et maladies métaboliques

Laboratoires Maphar
Km 10, route côtière 111,
quartier industriel Zenata
Ain Sebaâ - Casablanca - Maroc
LIPANTHYL® 200 mg Gel B30
P.P.V : 99,5 DH

6 118001 181629

Laboratoires Maphar
Km 10, route côtière 111,
quartier industriel Zenata
Ain Sebaâ - Casablanca - Maroc
LIPANTHYL® 200 mg Gel B30
P.P.V : 99,5 DH

6 118001 181629

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

00168

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

16/12/2022.

Dr ALANICMANS

KANAL

1193.00

1 - Victoza :



1,2meli → 1més

PHARMACIE HÔPITAL INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
Ordonnance :
ORDAOUSSA
CULFAC
Tél : 0524 22 11 11

Assistant Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur Assistant L100 Justine
Endocrinologie et maladies métaboliques



ri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tel : +212 529 038 868 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma