

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0034133

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01981 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Farate Youssef  
Date de naissance : 27.10.1988  
Adresse : 19, Rue Basse Pore AL Bay, Tanger  
Tél : 066407169 Total des frais engagés : 300 + 188,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/03/2023  
Nom et prénom du malade : FARAH  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : auto-immune  
Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : Myasthénie  
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 : 09/03/2023  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# 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

09/03/23  
C.S.  
3000DH  
Signature: Dr. HANANE AL-SARA  
091171371

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

09-03-23  
188.70  
INPE: 162048144

## 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 des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

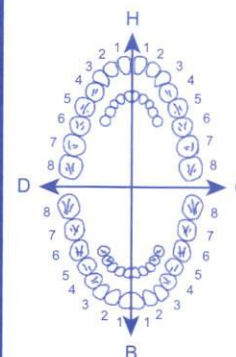
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

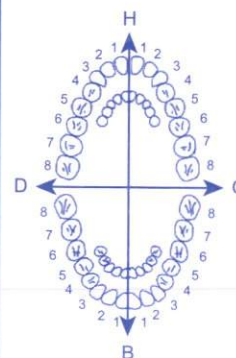
Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

09/03/2023.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. agrégée JEHANNE AAS-ARA  
Médecine  
Makada  
091171371

Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I. Lina N° 347 Sidi Maarouf  
CASABLANCA-MAROC  
N° d'AMM : 107/NRQd/VHA/DMP/18  
**PPV : 62,90 DH**  
n° 3400936162792

Distributeur au Maroc:  
Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I. Lina N° 347 Sidi Maarouf  
CASABLANCA-MAROC  
N° d'AMM : 107/NRQd/VHA/DMP/18  
**PPV : 62,90 DH**

Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I. Lina N° 347 Sidi Maarouf  
CASABLANCA-MAROC  
N° d'AMM : 107/NRQd/VHA/DMP/18  
**PPV : 62,90 DH**

62.90 x 3

Testinon 60mg



4/2 cp / j pelt 03mon.

T: 188.70<sup>th</sup>

طبية الروض  
\* Bd. Mly Slimane Beni  
Makada - TANGER  
Tél: 039 99 66 29  
091171371

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. agrégée JEHANNE AAS-ARA  
Médecine  
Makada  
091171371

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 36.080 / 2023 du 09/03/2023

Nom patient : FARAHATE HOUDA

Entrée 09/03/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 09/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
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







HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 09/03/2023

Quittance - Paiement espèces 0758266

IPP : .....

N° D'admission : 2300682804 Montant : 200014

Patient : Fatihote Houda

Payé par : Elle Mém

Cachet

