

# 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.



15 7934

## Déclaration de Maladie : N° P19-0015842

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

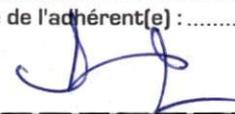
### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9731 Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre : .....  
 Nom & Prénom : FASSIL MAHA Date de naissance : .....  
 Adresse : Hobitelle  
 Tél. : 0522912120 Total des frais engagés : 696,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 31 / 01 / 2023  
 Nom et prénom du malade : Famil Naïma Age : 59ans  
 Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : Scorpalpies  
 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 : Cas Le : 19 / 01 / 23  
 Signature de l'adhérent(e) : 

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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  
 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://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
31/01/2023	CS		300,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/01/2023	396,00 DM

### 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
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

LOT

PUC: 198.0061



C184  
2025-01

REV. 2021/07/C

RE  
CH KHALIFA  
RECHERCHE

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة  
علاج تكون بحث



CNK 3259-850



3 401020 354451 >

# وصفة طبية Ordonnance

Pharmacie Marzouq lahraouine casa  
Fouad Meguador docteur en pharmacie  
laureat de la faculte de pharmacie  
de Lyon France

2023

Pharmacie Marzouq lahraouine casa  
Fouad Meguador docteur en pharmacie  
laureat de la faculte de pharmacie  
de Lyon France

Hopital universitaire international Cheikh Khalifa  
Professeur Assistant Adj. Dr. El Mehdi KHALIFA  
Rue de l'Indépendance, BP 82403, Casablanca, Maroc  
Tél: +212 529 004 466 • Fax: +212 529 038 868

Mme Feriel Naïma

① Alpilexine 600 suppo

1 suppo x 18/7 10.0

798 x 2  
396,00

② Noxceptol

1 app x 3/7 x DC

*[Handwritten signature]*

LOT

FUC: 198.00DH



C161

2024-08

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

REV. 2021/01/17

# Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2301311144203720 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300631864	FASSIL NAIMA	31/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	ATWB 097003 Lui-même	300,00
PAYANT	<b>Total payé</b>	<b>300,00</b>
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : LAT.BAK

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

**F A C T U R E**

N° 15 059 / 2023 du 31/01/2023

Nom patient : **FASSIL NAIMA**

Entrée 31/01/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 31/01/2023

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

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

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

Ref Chq : ATWB 097003/

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
 05 29 03 53 45  
 05 22 89 28 54  
 fact@chkh.kh.ma  
 300051862