

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : [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 de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 059261

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4623 Société : R.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SAOUD LHOUSINE  
Date de naissance : 5/12/1946  
Adresse : Villa N°36 lot OCEAN JAR BOUAZZA  
CASABLANCA  
Tél. : 06 70 11 65 51 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/04/2023  
Nom et prénom du malade : SAOUD LHOUSINE Age : 76  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Glaucome  
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 : 17/04/2023 Le : 17/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
17/04/23			300	Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Professeur Assistant MOHAMED BOUAZZA Dentiste M3136

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Achraf Dr. Slimane Rue Annajd - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA Tél.: 05 22 98 97 63 - Fax: 05 22 98 97 64 INPE: 092001452	11/04/20	603,15
Pharmacie Achraf Dr. Slimane Rue Annajd - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA Tél.: 05 22 98 97 63 - Fax: 05 22 98 97 64 INPE: 092001452	11/04/20	496,90

# 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 canaux, 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				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

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

Date : 17/04/2023

Numéro : 54 364



090061862

Nom patient : SAOUS LHOSSINE

Médecin : PR. BOUAZZA MOHAMED  
Ophtalmologie

2300671184

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	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 53 45  
E-mail: contact@hckm.hck.mr  
N°INP 090061862



وصفة طبية

Ordonnance

17/04/23

Casablanca, le :

17<sup>e</sup>

Saoud Phoussine

126.10 x 5 / 630.10

1/

Cosopt

CSN

1g x 2/7

(4 Nos)

PHARMACIE ACHRAF  
Dr. Slimane Slimane  
Rés. Annajd - Bd Anwal - Cite Plateau - CASA  
Tél : 05 22 98 97 63 - Fax : 05 22 99 64 17

E14218D00

LOT W021680 2

EXP 03 2024

PPV 126.10 DH

E14218D00

LOT W014617 1

EXP 12 2023

PPV 126.10 DH

E14218D00

LOT W021680 1

EXP 03 2024

PPV 126.10 DH

E14218D00

LOT W021680 1

EXP 03 2024

PPV 126.10 DH

E14218D00

LOT W021680 1

EXP 03 2024

PPV 126.10 DH





وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

PHARMACIE ACHRAF  
Dr. Slimane Slimane  
Rés. Annajid - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA  
Tél.: 05 22 98 07 63 - Fax : 05 22 99 64 17

M<sup>E</sup> Saoud Rhoussine

110. 70 x 4 / 442.80



006

①

Nolamol

all

54.10

1g x 2/7 -



(4 Nos)

②

Larmabak

all

(006)

(Amis)

1g x 3/8

496.90

زولامول®  
Xolamol®

Lot: 760251  
Fab: 07 22  
Exp: 07 24  
P.P.V : 110 DH 70



LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54-10-DH



6 118001 100651

زولامول®  
Xolamol®

Lot: 760205  
Fab: 07 22  
Exp: 07 24  
P.P.V : 110 DH 70



زولامول®  
Xolamol®

Lot: 740025  
Fab: 04 22  
Exp: 03 24  
P.P.V : 110 DH 70



زولامول®  
Xolamol®

Lot: 760255  
Fab: 08 22  
Exp: 08 24  
P.P.V : 110 DH 70

