

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-791751



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

10356

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

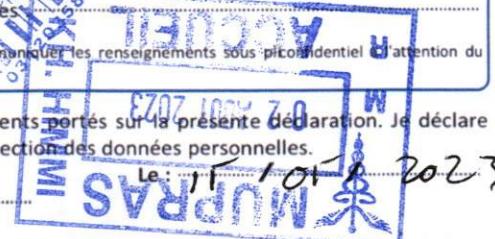
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 :

Signature de l'adhérent(e)



RELEVE 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
15-05-23	Consultation		350,00	INP : <input type="text"/>
				<i>RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES</i> CONSULTATION 15-05-23 350,00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/08/2013	33.88,30

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

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

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 : <input type="text"/>																				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																						
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			
H		G																						
25533412	21433552	00000000	00000000																					
D		G																						
00000000	00000000	35533411	11433553																					
B																								
		<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> 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

F A C T U R E

N° 67 039 / 2023 du 15/05/2023

Nom patient : ERRIAICHI RACHID

Entrée 15/05/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 15/05/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION AVEC ELECTROCARDIOGRAMME (E)	1,00		350,00 Sous-Total	350,00 350,00
Total Frais Clinique				350,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total 350,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						350,00

Consultation Cardiologique
Cheikh Khalifa
Hopital Universitaire Intermaouia

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

748,00 x 3
Déléquias 5mg

84,20 x 5 NCP x 2/2

2) Caudie 25g
56,80 x 2 NCP x 2/2

3) Aldactone 50g 1/2 ph
57,80 x 2

4) LDONOR 10mg 1cp
164,70 x 3

5) Triplexam 10/25/15m
Ronalix

3388,30

Adresse : Boulevard Mohamed T

Tél : +212 5

AM PM SOUVENT RÉPONSE



6 118001130313³

TRIPLIXAM 10mg/2.5mg/5mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 164,70 Dh

Servier Maroc - Casablanca

Eliquis® 5 mg
60 comprimés pelliculés

ELIQUIS 5MG 60 CPS

P.P.V : 748DH00

Laboratoire S

Eliquis® 5 mg

ELIQUIS 5MG 60 CPS

P.P.V : 748DH00

Laboratoire S

Eliquis® 5 mg

ELIQUIS 5MG 60 CPS

P.P.V : 748DH00

Laboratoire S

LOT : 413
PER : FEV 2026
PPV : 84 DH 20

PER : NOV 2025
PPV : 84 DH 20

PER : NOV 2025
PPV : 84 DH 20

PER : NOV 2025
PPV : 84 DH 20

PER : AUT 2025
PPV : 84 DH 20

ALDACTONE 50® mg

P.P.V : 56,80 DH

ALDACTONE 50® mg

P.P.V : 56,80 DH

6 118001170029

LOT : 230053

EXP : 01/2026

PPV : 57,80DH

LOT : 230056

EXP : 01/2026

PPV : 57,80DH

LOT : 230056

EXP : 01/2026

PPV : 57,80DH

6 118001130313³

TRIPLIXAM 10mg/2.5mg/5mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 164,70 Dh

Servier Maroc - Casablanca

6 118001130313³

TRIPLIXAM 10mg/2.5mg/5mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 164,70 Dh

Servier Maroc - Casablanca

ERRIAicti - Rachid

Id :

Indéfini --- (---) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

15/05/2023 13:49:12

FC: 64 bpm

PR: --- ms

QRS: 110 ms

QT/QTcH: 418/425 ms

QTcB: 432 ms

QTcF: 427 ms

Rv5-6/Sv1 : 0.53/1.29 mV

Sok-Lyon : 1.82 mV

Axe: ---/-61/67 °

Fibrillation auriculaire

--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexe du patient ---

Déviation axe gauche marquée

Infarctus inférieur - Age indéterminé

Infarctus antérieur - Age indéterminé

ECG anormal

AT/10s

RAPPORT NON CONFIRMÉ



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:40Hz AC:50Hz Cardipine ECG2005 v.2.11.7693