

# 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 050207

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7287 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : DARI MOUNIR  
 Date de naissance : 03/04/67  
 Adresse : 39, Les Cyprès BORDJ BOUKHARA  
 Tél. : 0661177483 Total des frais engagés : 2675,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/11/23  
 Nom et prénom du malade : DARI MOUNIR Age : 5 Ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Vaccin  
 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 : Le : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/11/2023      |                   | 9                     | 30000                           |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la facture

21/11/23 237550

# 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

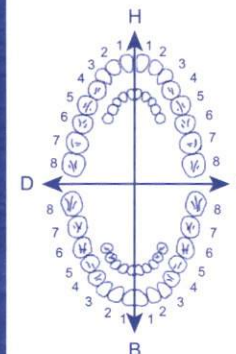
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## 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

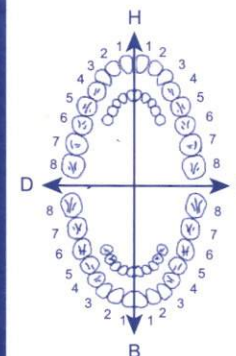
FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

# Ordonnance

Casablanca, le :

02/11/2023

IBrahim

PHARMACIE EL DRABNA  
BOUCHA L'ASLAMI  
Docteur en Pharmacie  
Route Bouhad haddou Casablanca  
Tél : 05 22 00 46 46

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr NEJARI MOUAD  
Pédiatre néonatalogue  
0911772627

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr NEJARI MOUAD  
Pédiatre néonatalogue  
0911772627

- 134.00 Pentaxim (vaccin) 125.00 X 2
- 1818.00 Flexidol 10ml x 21, 6 mois
- 20.60 Augmentin 88
- 1914 + 31, 1600 Doxycycline
- 303.00 X 6
- 1818.00 Singulair 18
- 1600 + 31, 6 mois
- 49.00
- 53.30 - 24.50 X 2
- 1100 + 11, 6 mois
- 53.30 Tbilifen 18

2375.5

PHARMACIE EL DRABNA  
BOUCHA L'ASLAMI  
Docteur en Pharmacie  
Route Bouhad haddou Casablanca  
Tél : 05 22 00 46 46

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr NEJARI MOUAD  
Pédiatre néonatalogue  
0911772627



GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 125,00 DH

ID: 651983  
6 118001 140329

# LOREUS®

Desloratadine 0,5 mg/ml

PPV: 24DH50  
PER: 07/25  
LOT: M2436

PPV: 24DH50  
PER: 07/25  
LOT: M2436

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 125,00 DH

ID: 651970  
6 118001 140329

## TOTIFEN® 0,02 %

Kétotifène

53,30

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tetaxim inj b1 ser 1 dose  
P.P.V: 134,60 DH

6 118001 080724

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**  
100mg/12,50mg/1ml

### enfant

1 dose-graduation n° ..

3 fois/jour, à prendre de  
préférence au début des rep  
pendant ..... jours.

رقم 3.... مرات في اليوم، من الأفضل  
كل، مدة.... يوم

PPV: 70,60 DH  
LOT: 650394  
PER: 09/2024

6 118001 160174

SINGULAIR® 5 mg  
28 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 303,00 DH  
AMM 204 DMP/21/NCI

6 118001 160174

SINGULAIR® 5 mg  
28 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 303,00 DH  
AMM 204 DMP/21/NCI

6 118001 160174

SINGULAIR® 5 mg  
28 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 303,00 DH  
AMM 204 DMP/21/NCI

6 118001 160174

SINGULAIR® 5 mg  
28 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 303,00 DH  
AMM 204 DMP/21/NCI

6 118001 160174

SINGULAIR® 5 mg  
28 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 303,00 DH  
AMM 204 DMP/21/NCI


SINGULAIR® 5 mg  
28 comprimés  
P.P.V: 303,00 DH  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

74772/140414-2  
9 110811 109174

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 01/11/2023

**BILLET D'ADMISSION**

|              |   |                                      |
|--------------|---|--------------------------------------|
| N° admission | <br>2300772190 | 200                                  |
| Nom patient  | DAOUI IBRAHIM   |                                      |
| Médecin      | DR. NEJJARI MOUAD<br><i>Néonatalogie</i>  |                                      |
|              | <b>Prestations</b><br>CONSULTATION DE NEONATALOGIE  |                                      |
| Encaissement | 300,00<br>PAYANT  | <b>Visa accueil</b><br>SOF.OUB 12:20 |

pd : 19.

T: ~~122~~ cm

T: 118 cm

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 08 53 45  
Fax : 05 29 08 44 77  
E-mail : contact@fckm.hck.ma  
N° 000061262

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 231101122024SO / .

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2300772190       | DAOUI IBRAHIM  | 01/11/2023        |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------|------------------------|-------------|
| CarteB        | 000427                 | 300,00      |
|               | Total payé             | 300,00      |

Reçu établi par :SOF.OUB

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail: contact@hckm.hck.ma  
N°IMP 090061862



مركز النقديات

ACHAT

01/11/23

11:09:27

9900964926

99649201

**HOP CHEIKH KHALIFA M6**

Casablanca

A0000000031010

\*\*\*\*\*2007

VISA

CARTE LOCALE

220-0-9999-1-44

**MONTANT :**

**300,00 MAD**

Num Transaction

: 006

Num Autorisation

: 276115

STAN

: 000427

---

TICKET CLIENT