

# 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 à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Qua  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-0023210

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13198 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KASBAOUI Adam  
 Date de naissance : 20/08/96  
 Adresse :  
 Tél. : 0707052117 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/02/2024  
 Nom et prénom du malade : SALTA EL ASRAOUI Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Accouchement  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

1002

2024

647.50

89,50

# 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 :

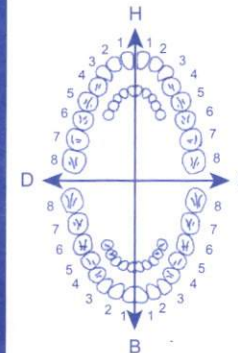
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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 G

00000000 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

Lot:

230159

A consommer de  
préférence avant le:

02/2028

PPC: 89,50 DH

# د.نادية خمان

أخصائية أمراض النساء و التوليد

3D/4D تتبع الحمل-الفحص بالصدى

- التوليد

- عقم الزوجين

- جراحة الجهاز التناسلي-الجراحة بالتنظير الباطني

- منظار الرحم

- امراض الثدي

10/02/2024

M. Selma El Asrany

85,50

1

F. Tolet

SV

10/02/2024

PHARMACIE ANISSA  
0312 LK Zoubir  
Casablanca  
Tél: 05 22 89 34 94

PPV:56.10 DH

**FERPLEX®** 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables



6 118001 440016

l'absorption  
s que:  
cyclines.  
les problèmes  
nimation des

PPV:56.10 DH

**FERPLEX®** 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables



6 118001 440016

PPV:56.10 DH

**FERPLEX®** 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables



6 118001 440016

PPV:56.10 DH

**FERPLEX®** 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables



6 118001 440016

PPV:56.10 DH

**FERPLEX®** 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables



6 118001 440016

PPV:56.10 DH

**FERPLEX®** 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables



6 118001 440016





المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

HPIC

CIM Santé - Casablanca



24003984

SALMA EL ASRANY EP KASBAOUI AI

Ch: 303P née le 01/01/2001

Admise le 09/02/2024 à 09:37

Dr: DR KHOUMMANE NADIA

Casablanca, le 10.02.2024

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL  
DE CASABLANCA  
DU GROUPE CIM HOLDING

LOT: 002924279000042

PPV: 116DH00  
PER: 11-26  
LOT: M 3496

LOT: 002924279000042

P.P.V.: 9DH90

& TRAUMATOLOGIQUE

LOT: DTU36

A utiliser de préférence avant fin: 05/26

PPC: 120,00 DHS

A utiliser de préférence avant fin:  
Voir le flacon

PPC: 65,00 DHS

GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
ONCOLOGIE  
PÉDIATRIE & REANIMATION  
NÉONATALE  
PNEUMOLOGIE  
RADIOLOGIE

SERVICE RADIOLOGIE

SERVICE CONSULTATIONS

SERVICE PRISE EN CHARGE

SERVICE FACTURATION

CONTACT.HPIC@CIMSANTE.COM

M<sup>me</sup> Salma El Asrany  
M4,00

① Zarnox : 1g  
1 sachet x 2/jr x 7 jours  
(boite de 14)

② Dolostop : 1000mg  
1 cp x 3/jr si douleur

③ Post-op :  
1 pilule x 2/jr

④ W-gel :  
1 TV

⑤ Ferplex :  
1 amp x 2/jr x 2 mois

5610X6  
64750

PHARMACIE DU CEDRE  
Docteur en Pharmacie  
Rue Rodin et Mohamed Abdou  
Tél: 05 22 25 14 67 - Casablanca

Dr. Nadia KHOUMMANE  
GYNÉCOLOGUE  
1<sup>er</sup> étage, N° 3 - Casablanca