

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE 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

- 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 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

M23- 0027969

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3264** Société : **203526**  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : **CHRAÏBI FAICAL**  
Date de naissance : **1949 à FES**  
Adresse : **Lotissement Atlas Tamania**  
Tél. : **06 66 19 85 68** Total des frais engagés : **300 + 314** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **15/04/2024**  
Nom et prénom du malade : **Chraïbi Faical** Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : **Suspensions**  
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) : .....



# 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
15/04/24		5	300 dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

15/4/24

314.4004

# 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

Important :

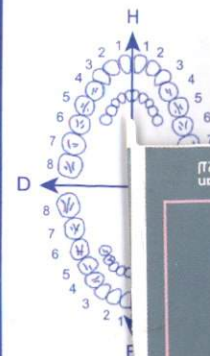
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement ca

# SOINS DENTAIRES

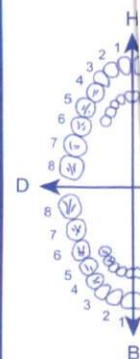
Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



O.I. PROTHESES



VISA ET CACHE

# Sinovix

## CONTRE LES DOULEURS

MUSCULAIRES  
ARTICULAIRES  
POST-TRAUMATIQUES

## EFFET THERMIQUE

FORMULE  
SANS  
CONSERVATEURS

## GEL ANTI - DOULEUR

Aux huiles essentielles

Dispositif Médical

120 ml

LOT



LOT 0298  
EXP 06/2025  
PUC 180.0004

REV.: 2023/01/B - ADGLETHI01



6 111261 530084

11-165-10  
Lapophan

14

20

صيدول  
بارستاكيل / كوتون

عن طريق الفم



6 118000 180913

Cédor

20 Comprimés

سنتميك

PPV 69DH00  
EXP 08/2025  
LOT 35009 11

20/60

# ألجيكسن<sup>®</sup> 250 ملغ

نبركسن

ALGIXENE<sup>®</sup> 250mg ○

naproxène

30 Gélules



30 كبسولة  
عن طريق الفم

LOT:06223028  
PER:09/2028  
PPV:44.80 DH

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

15/04/2021

M. Chraïbi Farid

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Praticien Assistant : Dr. AY. BERKCHI JIHAD  
Rhumatologue  
091262337

44.80

1) A lprorene 250mg



14 x 2j

20.60

x 10 jours

2) ledol



14 x 3j

63.00

si douleur

3) Idar 20mg

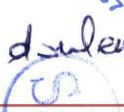


14 x 1j le matin et le soir

180.00

x 14 jours

4) Sinovix : 1 app x 3j si douleur



314.40



Casablanca le : 15-04-202

## Ordonnance

Mr/Mme ..... Cherub Fekal .....

12 séances de Rééducation pour tendinopathie chronique.

- Physiothérapie.
- Massage décontractant de la région cervico-dorsale.
- Correction de la posture.
- Récupération des amplitudes articulaires actives.
- Renforcement des stabilisateurs de la scapula.
- Renforcement des abaisseurs longs de l'épaule : grand pectoral et grand dorsal.
- Recentrage dynamique de la tête humérale.
- Travail proprioceptif de l'épaule.
- Autoprogramme.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur Assistant MOULAY BACHCHOUH JIHAD  
091262337

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

Date : 15/04/2024  
Numéro : 57 760



090061862

Nom patient : CHRAIBI FAICAL

Médecin : PR. MOULAY BERKCHI JIHAD  
Rhumatologie

2400863090

PAYANTS

	Montant
- Consultation de rhumatologie	300,00

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :  
TROIS CENTS DIRHAMS



Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2404150955201214 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400863090	CHRAIBI FAICAL	15/04/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	018356 Lui-même	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ANG.OUA





HÔPITAL  
INTERNAT  
SOINS

UNIVERSITAIRE

AL CHEIKH KHALIFA  
ATION RECHERCHE

15/04/24

10:50:53

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
CASABLANCA**

A0000000031010

VISA

CHRAIBI/FAICAL.MR

481922\*\*\*\*\*6199

04/26 CARTE NATIONALE

220-0-0000-1-44

Num Commerçant :	2220064
Num TPE :	12185724
Num Transaction :	000012
Num Autorisation :	017352
Num STAN :	018356

**MONTANT : 300,00 MAD**

DEBIT  
Copie client

**DEVENEZ COMMERÇANT NAPS  
APPELEZ LE 05 22 91 74 74**