

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse 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.



Déclaration de Maladie

N° P19-0048387

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3264 Société : 43428

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHRAÏBI Faical

Date de naissance : 1949

Adresse : Lotissement Attarlamoune Rue

6 N° 57 OULFA CASI

Tél. 0666198568 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/08/2020

Nom et prénom du malade : Chraïbi Faical Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : S. ophtalmique

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 : Casa Le : 11/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

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
16/9/2020		5	20000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

16/9/2020 450,00

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
A M P C I M I V

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 :

16/08/2022



Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
40686

cheaiton Raicod

147.00

1/ Zephro gel



paupien

7 6.20x12



2/ Azyler



1/2x25

paupien

lemouele

lous

les 12/12/21

178.00

paupien



31 13 13

3/ luyfresh

40

1/2x15

paupien

22.60

4/ Flucon 150mg

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naçiri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa-Gum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

450.00

W: 06 60 176254

VR6B7C30MAR/1116

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura,
Maroc

الموزع في المغرب :
مختبرات سوطيما
ص.ب. رقم 1, 27182 بوسكورة
المغرب



PPC : 128 DH 00



B.N. WD0106

EXP. 04 2021

Certificat N°2578 /1645/2017/DMP/20/DM
Date: 15/06/2017

12502810-05

PPC 147.00 DH



بنفاجيل

30 g

Tube pompe airless™



Sans conservateur
جافلا حادو

Collyre en solution
6 récipients unidoses de 0,25 g
قطرات العين على شكل محلول
6 أوعية أحادية الجرعة بسعة 0,25 ج

Azyter 15 mg/g / 15 ج/ج / أزيتر

FR Azyter 15 mg/g

Azithromycine 14,3 mg
Sous forme d'azithromycine
dihydrate 15 mg
pour 1 g de solution

Un récipient unidose de 250 mg
de solution contient 3,75 mg
d'azithromycine dihydrate.

Excipient :
triglycérides à chaîne moyenne.

AR أزيتر 15 مغ/غ

أزيتروميسين 14,3 مغ
على شكل أزيتروميسين
ثنائي الاماهة 15 مغ
ل 1 غ من المحلول

إن الوعاء أحادي الجرعة بسعة
250 مغ من المحلول يحتوي
على 3,75 مغ من الأزيتروميسين الثنائي
الاماهة.

السواغ :
ثلاثيات غليسريد ذات سلسلة متوسطة.

DZ

DE Algérie n° :
16/09/17D 164/022
رقم مقرر التسجيل بالجزائر
16/09/17D 164/022

MA

Enreg. MA n° :
258/19 DMP/21/NRQ
رقم التسجيل بالمغرب
258/19 DMP/21/NRQ

TN

Enreg. TN n° :
8443081
رقم التسجيل بتونس
8443081

Azyter 15 mg/g

Collyre, B/6 récipients unidoses
PPV : 76,20 DH



Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

abricant : LABORATOIRE UNITHER
de la Guérie - 50211 COUTANCES
DEX - FRANCE

الصانع: مخابر اونيتير
المنطقة الصناعية في لا غيري
كوتنس سينكس 50211 - فرنسا

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

لا تبتلع - لا تحقن
احترم الجرعات الموصوفة

LISTE I - Uniquement sur ordonnance.
قائمة I - إلا بوصفة طبية



Sans conservateur
حفظاً لمدة 6 أشهر

Collyre en solution
6 récipients unidoses de 0,25 g
قطرات العين على شكل محلول
ع 0,25 ج
أوعية أحادية الجرعة بسعة 0,25 ج

Azyter 15 mg/g / 15 مـج/ع / 15 أزيتر

FR Azyter 15 mg/g

Azithromycine 14,3 mg
Sous forme d'azithromycine
dihydrate 15 mg
pour 1 g de solution

Un récipient unidose de 250 mg
de solution contient 3,75 mg
d'azithromycine dihydrate.

Excipient :
triglycérides à chaîne moyenne.

AR أزيتر 15 مغ/ع

أزيتروميسين 14,3 مغ
على شكل أزيتروميسين
ثنائي الاماهة 15 مغ
ل 1 غ من المحلول

إن الوعاء أحادي الجرعة بسعة
250 مغ من المحلول يحتوي
على 3,75 مغ من الأزيتروميسين الثنائي
الاماهة.

السواغ :
ثلاثيات غليسريد ذات سلسلة متوسطة.

DZ

DE Algérie n° :
16/09/17D 164/022
رقم مقرر التسجيل بالجزائر
16/09/17D 164/022

MA

Enreg. MA n° :
258/19 DMP/21/NRQ
رقم التسجيل بالمغرب
258/19 DMP/21/NRQ

TN

Enreg. TN n° :
8443081
رقم التسجيل بتونس
8443081

Azyter 15 mg/g

Collyre, B/6 récipients unidoses
PPV : 76,20 DH



Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

abricant : LABORATOIRE UNITHER
de la Guérie - 50211 COUTANCES
DEX - FRANCE

الصانع: مخابر اونيتير
المنطقة الصناعية في لا غيري
كوتنس سينكس 50211 - فرنسا

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

لا تبتلع - لا تحقن
احترم الجرعات الموصوفة

LISTE I - Uniquement sur ordonnance.
قائمة I - إلا بوصفة طبية

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 89 887 / 2020 du 16/09/2020

Nom patient : CHRAIBI FAICAL

Entrée 16/09/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 16/09/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation d'ophtalmologie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements		Chèque			Total encaissé	Solde
		300,00			300,00	0,00

Ref Chq : N4988181 SOCIETE GENERAL/

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél.: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 03 53 45
 E-mail: compta@fckm.hck.ma
 05 29 03 53 45

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 200916123314MA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000249913	CHRAIBI FAICAL	16/09/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	N4988181 SOCIETE GENERAL Lui-même	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : MAN.ELB