

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

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.

N° W19-598894

67130

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 9632

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ER CHIDI - ZAKIA

Date de naissance :

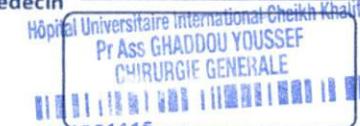
Siege CSA ANFA

Adresse :

Tél. :

866431703 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

16/03/2024

Nom et prénom du malade :

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) :

Le : / /

Caria ZAKIA
 MUPRAS

Dhs

14 AVR. 2021
 ACCUEIL

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
16/03/2024	CS	6		INP : <input type="text"/> Hôpital Universitaire International-Cheikh Khalifa Pr Ass GHADDOU YOUSSEF CHIRURGIE GENERALE  091251116

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Ville Verte - Bouskoura - Tél: +212 50 223 99 Dr. M. S. ZENITH	16/03/2024	541,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

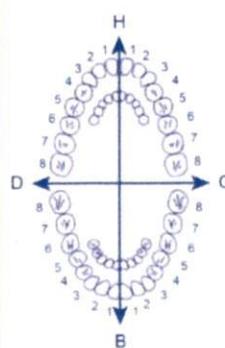
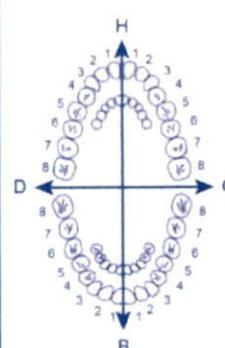
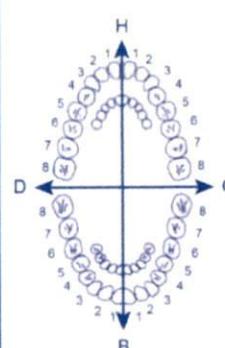
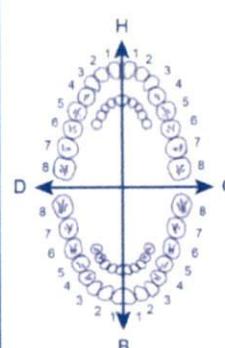
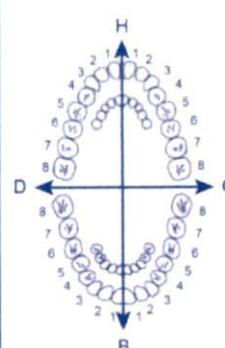
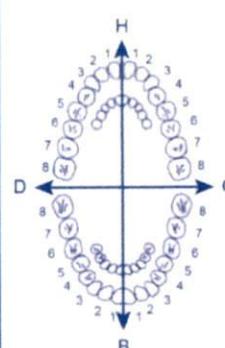
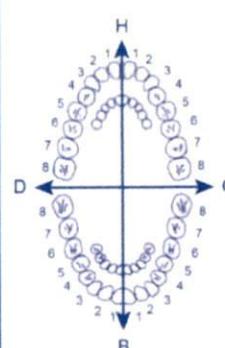
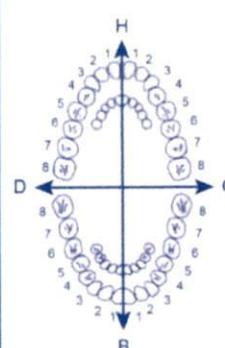
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

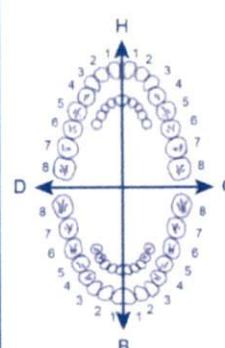
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
G	
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT 200711
EXP 01/2023
PPV 52.80 DH



NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 01/2024
LOT 0N033 1

المستشفى الجامعي
الدولي الشيف خليفة
عاجز تكون

Ordonnance

Casablanca, le :

16/03/2024

ÉPCHI DI ZAKIA

126,30

1/ Augmentin 1g Sachet

S.V

14h

5

49,80

1 Sachet x 3 /

14h

S.V

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20

PER: 08/2025
11/2025

P.P.V.: 48DH80
Barcode: 6 118000 060062

98,80

1 cp x 3 /

14h

2/ Neofortan 160mg

S.V

14h

52,80

1 cp x 2 /

14h

4/ Icedis 20 mg CP

S.V

PPV: 14DH00
PER: 12/23
LOT: J3684

100,00 1cp /

S.V

5/ Dolipron 1g CP Sidouler

1 cp x 3 /

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr Ass. M. DBOU YOUSSEF
CHARGE GENERALE

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casablanca - Maroc
Tel : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

084351198

T = 341,70