

# 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.

## Maladie :

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](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)

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.

**PRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie 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

N° P19- 0032976

70339

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3331 Société : Ram

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAKIR ABDELMAJID

Date de naissance : 25/06/60

Adresse : 72, 1<sup>ER</sup> ETG LOT BLAD CHAMA - OULFA

CASABLANCA

Tél. : 0661394420 Total des frais engagés : 4300 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AD NE Imane  
Ophtalmologiste

Date de consultation : 22/02/2021

Nom et prénom du malade : DAKIR ABDELMAJID Age : 60

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : 22/02/2021

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
27/02/21		30,0		DR. ADJANE Imane

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# 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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	23 AVR. 2021					4000,00

# 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 canaux, 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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXEC

# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

22-02-2021

Dokis Abdeloujib

lunettes pour vis de

OD = +1,25

OG +1,25 (-0,25 @ 175°)

lunettes pour vis de pas

OD } +2,8  
OG }

29 AVR. 2021



Dr. ADNANE IMANE  
Ophtalmologiste

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr. ADNANE IMANE  
Ophtalmologie  
091256057



LOZZA Optique

Souk Koréa - Bloc EF

N° 132 - Casablanca

Tél.: 05.22.82.12.83

GSM : 06.25.49.49.49

N° 002160



نظارات اللوزة

سوق القريعة - بلوك EF

الرقم 132 - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.82.12.83

الهاتف النقال : 06.25.49.49.49

Docteur : ADNANE IMANE

Mr.: SAKIR ABDILMAJID

Nomenclature :

Montures :  $\begin{cases} \text{VL} & \text{Optique} \\ \text{VP} & \end{cases}$  2 1000.11

Type de verres : Progressif asphérique Avanti 1.60

\* VISION DE LOIN :

OD : Axe : / Cyl : / Sph : +1.25 2 1500.12

OG : Axe : 1.75 Cyl : -0.25 Sph : +1.25 2 1500.12

\* VISION DE PRES :

OD : Axe : / Cyl : / Sph : /

OG : Axe : / Cyl : / Sph : /

Odd : +2.50

Total : 4000.11

Date : 29 AVR. 2021

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 19 329 / 2021 du 22/02/2021

Nom patient : **DAKIR ABDELMAJID**

Entrée 22/02/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 22/02/2021

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

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total 300,00</b>

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel : 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 03 53 45  
 Email : contact@rickm.hck.ma  
 N° INP 090061862

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2102221333595260 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100308524	DAKIR ABDELMAJID	22/02/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1195	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SAN.WAK

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd  
Téléphone : 05 39 00 44 77  
Fax : 05 39 00 44 77  
Email : contact@chkh.ma  
N° : 2102221333595260



مركز الدفعات

SANS CONTACT



22/02/21 13:34:32  
9900397952  
93979501  
HOP CHEIKH KHALIFA G7  
Casablanca

A00000000031010  
APP : VISA  
xxxxxxxxxxxxx9784  
CARTE NATIONALE  
D076057957FD293A  
201-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 002  
NUM AUTORISATION: 249057  
STAN : 001195

DEBIT

Le CMI vous remercie

---

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT