

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## nditions 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.

## ermacie :

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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## die 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

éclamation : contact@mupras.com  
rise 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2948 Société : 72169

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LAMZAOUI MOHAMMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

# 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 des données à caractère personnel.

N° W19-476635

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2948

Société :

RENAUT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

LEMZAOUI MOHAMMED

Nom & Prénom :

1946

Date de naissance :

Adresse : SIDI AYDI BP 3032 LA POSTE HAY FARDAH SETTAT

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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'adjudant conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 21/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-476635

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

## 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
22/04/2014	Niveau Universitaire Cheikh Ahmadou Bamba Consultation 1-1-1	Cs	350, dhs	INP : 1111111111111111 Hôpital Universitaire Ibn Sina Dpt de LAURIE ALLA GARIBOLIE 0912130334

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/04/2021	1540.40 DHT

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaire, ainsi que le bilan d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

22/10/2024

Mr LENZAOUZ N°

1) RPS

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

2) Kardégic 160 g

1 stgr midi

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

35,70 x 6

Conv. 5 g

1 cp/jr -atin

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

101,80 x 6

1 cp/jr soir

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

103,40 x 6

m do 3 m

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

95,00

Extra mag 300 g

cp/jr -atin

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

1540,40

cp/jr

-atin

pdT 1 mois

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

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

TAHOR 20MG 28 CPS  
P.P.V : 103DH40  
6118000250807

Laboratoires  
Pfizer S.A.

COOPER PHARMA  
PPC: 95,00 DH

MAGNÉSIUM MARIN

101,80

101,80

101,80

101,80

101,80

101,80

Boite sécurisée pour votre protection

TAHOR 40MG 28 CPS

P.P.V : 159DH90

Laboratoires  
Pfizer  
S.A.



Liste I - Uniquement sur ordonnance

فقط وفقاً لوصفة طبية . لانحة 1

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
تقيد بالمقادير الموصوفة

Boite sécurisée pour votre protection

TAHOR 40MG 28 CPS

P.P.V : 159DH90

Laboratoires  
Pfizer  
S.A.



Liste I - Uniquement sur ordonnance

فقط وفقاً لوصفة طبية . لانحة 1

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
تقيد بالمقادير الموصوفة

Id : Lemzaoui 190fmed

27/04/2021 22:06:00

Indéfini --- (---) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

FC: 54 bpm

PR: 168 ms

QRS: 88 ms

QT/QTcH: 416/406 ms

QTcB: 395 ms

QTcF: 402 ms

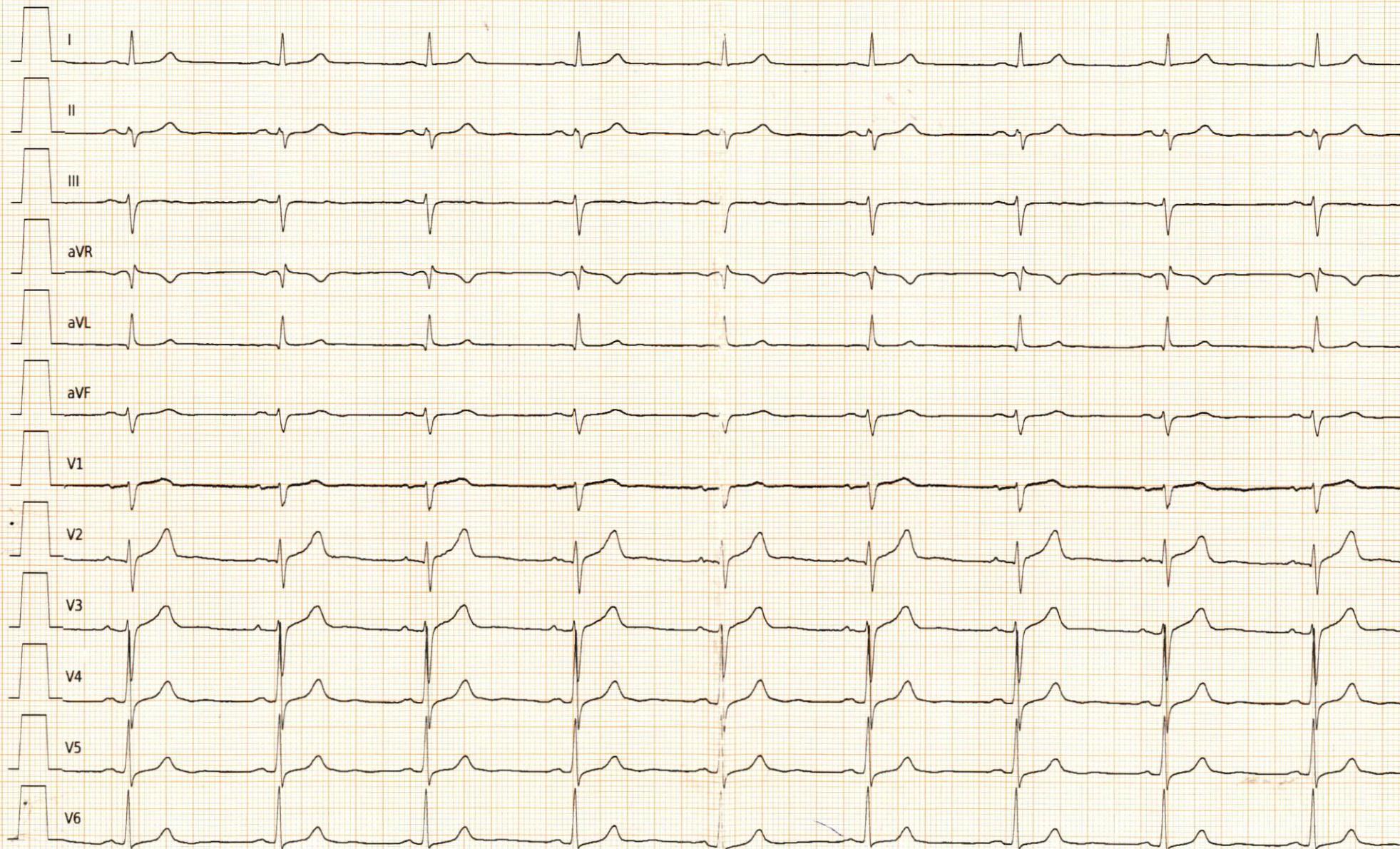
Rv5-e/Sv1 : 1.23/0.50 mV

Sok-Lyon : 1.73 mV

Axe: 51/-34/33 °

\*RAPPORT NON CONFIRMÉ\*

TA : 146 / 75



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:25Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 48 871 / 2021 du 27/04/2021

Nom patient : **LEMZAOUI MOHAMED**

Entrée 27/04/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 27/04/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation avec électrocardiogramme	1,00		350,00 Sous-Total	350,00 350,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>350,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

**Total 350,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	350,00	350,00	0,00

*Hôpital Universitaire International*  
Cheikh Khalifa  
Consultation Cardiologie

## Reçu de caisse

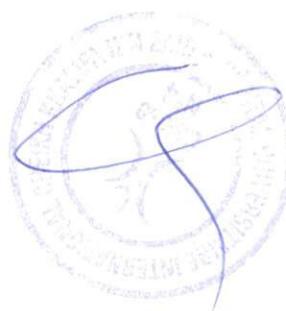
MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2104271455373400 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100337274	LEMZAOUI MOHAMED	27/04/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	000749	350,00
PAYANT	Total payé	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : MIS.CHE





SANS CONTACT



27/04/21 14:58:33  
9900397754  
93977501  
HOP CHEIKH KHALIFA G2  
Casablanca

A0000000031010  
APP : VISA  
xxxxxxxxxxxx5081  
CARTE NATIONALE  
3A2D9AD0029813D7  
220-0-9999-1-44

MONTANT : 350,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 015  
NUM AUTORISATION : ON9430  
STAN : 000749

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT