

# 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ctique :

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.

## ntaire :

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.

## adie 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.

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 : 5552 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : SOUHAÏL ABDELMAJID

Date de naissance : 01-01-1963

Adresse : HAbituelle

Tél. : 0662183090 Total des frais engagés : 1694,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Prof. Ahmed FAROUQI  
Endocrinologie - Diabétologie

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/09/2021

Nom et prénom du malade : RSTALI LATIFA Age : 59 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète Hypal

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 : 15 SEP 2021

Signature de l'adhérent(e) : S. M. H. ACCUEIL 09/22

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

## 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                                   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/09/2014      |                   |                       | 300 Dh                          | Dr Cheikh Abdellah ibn Zaid<br>Prof. Ahmed HAROUI<br>Endocrinologie - Diabetologie<br>0212 20514 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date           | Montant de la Facture |
|---|----------------|-----------------------|
| <br><b>PHARMACIE LAABOUDI SETWA</b><br>77, Rue Abderrahim Laâlaj<br>Cité Plateaux - Casablanca<br>Tél: 0525 38 06 - Tel: 05 51323900 | 14<br>09<br>21 | 1394.20               |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## 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'

| 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

## [Création, remont, adjonction] actionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

## Fonctionnel, Thérapeutique, Nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

14/9/21

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Lantus 100U/ml, Inj b6 stv  
P.P.V : 744,00 DH

6 118000 081615

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Lantus SoloStar 100U/ml Inj  
01 stv 3ml  
P.P.V : 152,50 DH

6 118000 081508

LOT : 21E001  
PER.01.2024

AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V : 92DH10

6 118000 060017

744,00

152,50

92,10 x 3

AMAREL 3MG  
CP B30

LOT : 21E001  
PER.01.2024

P.P.V : 92DH10

6 118000 060017

20,80 x 4

- Glucophage oral

140 mg x 100 tablets

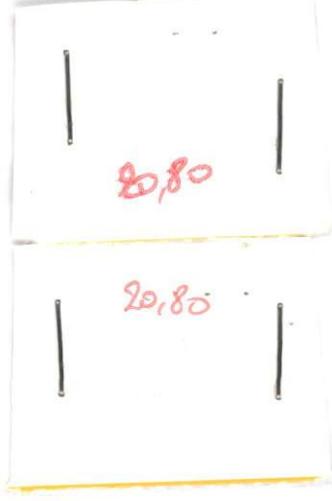
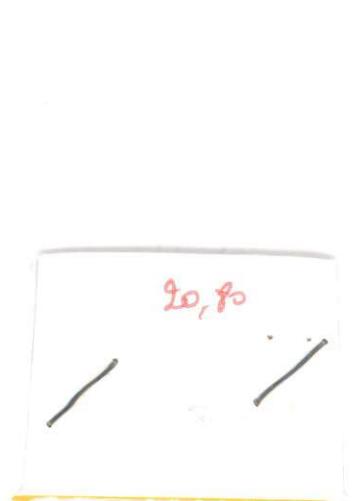
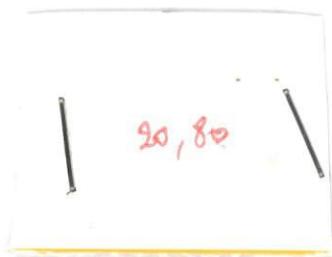
140 mg x 100 tablets

140 mg x 100 tablets

PHARMACIE EL HILAL  
LAABOUDT Selwa  
77, Rue Al Bachir Laalaj  
Cité Plateaux Casablanca  
Tél : 0522 25 96 06 - 0522 25 96 06

Hôpital Cheikh Khalifa  
Prof. Ahmed Ben Ali UQI  
Endocrinologie - Diabétologie

~~69,00 x 2~~ Kalmaner 69,00 x 2  
1394,00





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 14/09/2021

Quittance Paiement espèces

0605416

IPP : .....

N° D'admission : 21003954192 Montant : 300.00

Patient : BILLAL ATIFIA EP SOUTAIL



Cachet

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 108757 / 2021 du 14/09/2021

|             |                                |        |            |
|-------------|--------------------------------|--------|------------|
| Nom patient | <b>BILAL LATIFA EP SOUHAIL</b> | Entrée | 14/09/2021 |
|             | <b>PAYANTS</b>                 | Sortie | 14/09/2021 |

| Désignation des prestations     | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant       |
|---------------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| - Consultation d'endocrinologie | 1,00   |            | 300,00        | 300,00        |
| <b>Total Clinique</b>           |        |            |               | <b>300,00</b> |

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 01 41 77  
E-mail: [comptes@ckm.hck.ma](mailto:comptes@ckm.hck.ma)  
N°INP 090061862

**valable 3 mois**

Le 14.4.20.....

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que M<sup>le</sup>, Mme, M. : *Allal Ben Abdellah*

Présente

*Diabète type 2*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*un remplacement*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage. Casablanca