

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 064941

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01166 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : AMGHAN Lahoussine
 Date de naissance : 01/01/51
 Adresse : OULFA 1er Abdoumoune Rue 6, 1574
 Tél. : 0661 20 63 73 Total des frais engagés : 780,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 10/02/21
 Nom et prénom du malade :
 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 : Casablanca Le : 10/02/21
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
10/09/21		6	300DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NAGUIB Dr Naguib Nadia 334, Bd Oued Daoura Oulfa - Casablanca Tél : 05 20 00 25 95	10.09.21	480,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

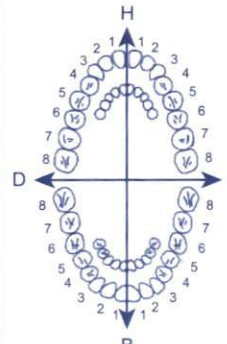
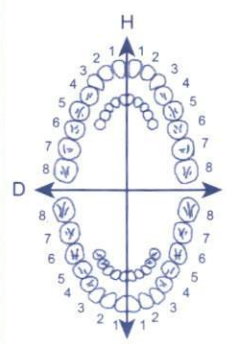
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX
				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 :

10/09/21

Mr Amghar Lahoussane

132,00

1) Aclaw 1g sachet (S.V.)
1 sachet x 2/j pdt 07 jrs.

119,10

2) Rizonel spray nasal : (S.V.)
2 pulv x 2/j pdt 1 mois.

84,00

3) Allertz cp (S.V.)
1 cp/j le soir pdt 1 mois

36,40

4) Kopred 20 mg cp (S.V.)
3 cp/j le matin pdt 05 jrs

109,00

5) Physiomer (S.V.)
4 lavages/j

480,50

أكلاف
أمو كسيسلين + حامض كلافيلاتيك

LOT : 5812
PER : 12-22
P.P.V : 132DH00

1 غ/125 مغ
16 كيس

ريزونيل
%0.05
عن طريق الأنف
بخاخ للأنف
فيرووات الموميلازون



18 غ



140
جرعة

b

bottu

62, allée des Casuarinas - Ain Sebla - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

LOT : 201736
UT AV : 12/2023
PPV : 84,00DH

UT AV : : N LOT : (Hd) Add

كوبريد

بريدنيزولون

20 ملغ

③
بذو طهور
صدقة زيار
عن طريق الفم
قرصا فوار

20

PHARMAS 5

N° du Lot

20K5

Date Per.

1.2023

P.P.V: 119,10 DH

IMPORTED
& DISTRIBUTED BY:
S.I.C.
Bldg n°56 - Street 1
Maadi - Cairo - EGY
Registration n° 156/2010

الغزل
استخدام شركة سنخا، للخضار، الدولة

BOTTU SA
PPC : 109 DH 00



3 564300 001039

PHARMAS
LOT : 5542
UT.AV:12-23
PPV:36DH40

A20010353/04

10006585
2023 03

CETU1064



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 10 / 01 / 2021

Quittance - Paiement espèces 0603464

IPP :

N° D'admission : Montant : 3000 dh

Patient : AM GHAR CAHOUSSENE


Cachet

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 107 495 / 2021 du 10/09/2021

Nom patient : **AMGHAR LAHOUSINE**

Entrée 10/09/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 10/09/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation ORL	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					Total encaissé	Solde
						300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 E-mail: contact@fckm.hck.ma
 N° INP 090061862