

## 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

- Reclamation : 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° W19-448256

40931

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>2698</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BOUMZATIRIG Lahoucine</b>			
Date de naissance : <b>02/07/1953</b>			
Adresse : <b>Lot Sidi Abdellah Hammam Rue 29 N°60</b>			
Tél. : <b>06 33 52 92 00</b>		Total des frais engagés : <b>628,30</b> Dhs	

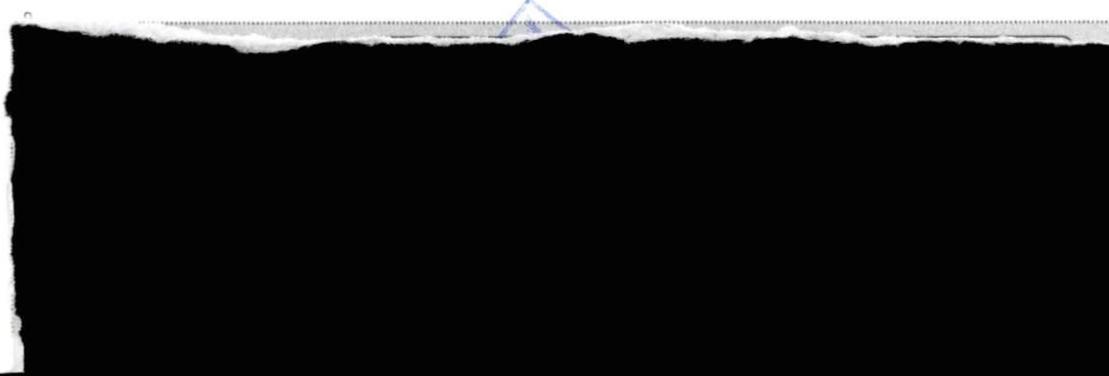
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>diabète polyurie</b>			
En cas d'accident 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 : / /



### 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
12/01/2022	CS + E	600 D1	600	INP : 6123471234567890 L. M. ARRAZZAGA Syndicat d'Obstétriciens

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
23/03/2022	23/03/2022	12830

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

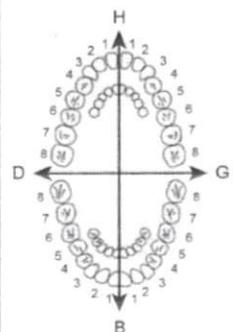
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

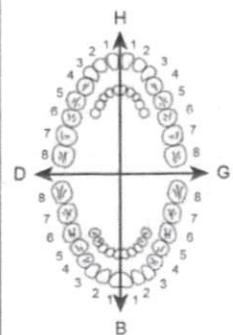
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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 :

23/03/2021

Nom NATAF AFR 204

32.3<sup>1</sup>

1)

polygynex 200 mg STV  
boute 1T / 6.7 ml

MAPHAR  
POLYGYMAX 6 capsules vaginales  
Bd. Alkima n° 6, Qs-Sidi Bernoussi,  
Casablanca 20150 Maroc  
PPV : 3RDH30

6 118001 182015



2) Regogyn ong

boute 10 ml

122,30

PPC : 90.00 DH

Dr. Nouria ARAZZAKOU ALAOUI  
Gynécologue - Obstétricienne  
INPE 061234712

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Opérateur :

Appareil : GE Voluson

Type : E6

mise en service 03/2015

Date:

Modalités d'examens: Voie Endovaginale.

-Utérus en position antéversé, de contours régulier mesurant..... d'échostructure homogène.

48 x 30 x 7 —

-L'aspect de l'endomètre est d'écho structure normal.

Epaisseur de l'endomètre de..... 6 mm.....

-Les ovaires sont de taille et de structure normale :

- Ovaire droit : *preuve d'une bonne taille et structure bien*
- Ovaire gauche : *RAS*

-Absence de masse pelvienne suspecte.

-Le Cul de Sac de Douglas est libre, en particulier, il n'y a pas d'épanchement liquidiens.

**Conclusion :** Echographie end vaginale ...

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 36 850 / 2022 du 23/03/2022

Nom patient : **AFRIDOU NAJAT**

Entrée 23/03/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 23/03/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation de gynécologie-obstétriqu	1,00		600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>600,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*  
SIX CENTS DIRHAMS **Total** **600,00**

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			600,00		600,00	0,00

CNSS N° 9779309, ID Fiscal 40127291 Boulevard Mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Oum Rabii,  
Hay Hassani Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 00174000300026

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2203231717305890 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200480468	AFRIDOU NAJAT	23/03/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	002944 MR BOUMZAIRIG LAHOUCINE	600,00
PAYANT	Total payé	600,00
SIX CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : KEN.ADD

hôpital Cheikh Ibn Zaid  
Tel: 0529035353  
Fax: 0629005909  
E-mail: [info.hopitalcheikhibnzaid@gmail.com](mailto:info.hopitalcheikhibnzaid@gmail.com)

Naps

الإبداع في الأداء

Naps

الإبداع في الأداء

Naps

الإبداع في الأداء



23/03/22 17:14:08  
9900398091  
93980901  
HOP CHEIKH KHALIFA G14  
Casablanca

A0000000041010  
APP : Mastercard  
LAHOUCINE BOUMZAIRIG  
xxxxxxxxxxxxx7135  
04/26 CARTE NATIONALE  
E62CE25C87A6FC7A  
220-0-9999-1-55

**MONTANT: 600,00 MAD**  
NUM TRANSACTION : 001  
NUM AUTORISATION: 772636  
STAN : 002944

**DEBIT**

Le CMI vous remercie

-----  
**TICKET A CONSERVER**  
**COPIE CLIENT**