

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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.

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° W19-513869

(A35996)

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 821 Société : R.A.M.

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : KHAYATI Mohammed

Date de naissance : 79/08

Adresse : Rue 8 APP77 a Hassaniane CASA

Tél. : 05 88 89 69 57 Total des frais engagés : 368,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/11/2022

Nom et prénom du malade : Housnini Fatna

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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 : 04/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

H. HAKANI

**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
09/11/11 22	CS		300,00 DHS	INP : 091025718 د. عادل امشاشي أستاذ مميز في طب العيون Pr. Adil MCHACHI Professeur Agréé en Ophthalmologie
				<i>P. Mchachi</i>

د. عادل امشاشي  
أستاذ مجاز في طب العيون  
Pr. Adil MCHACHI  
Professeur Agrégé en Ophtalmologie

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

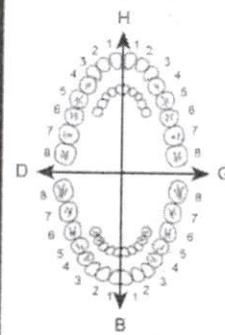
Cachet du Pharmacien du du Goussouleur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Rue 36 Lot. Cassambo Signature</i>	02/11/92	681

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

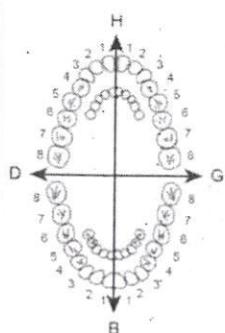
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## VOLET ADHERENT

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



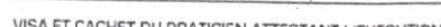
O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	P

(Création, remont, adjonction)





## وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le : 02/11/2022

Hamoudi Fatma

68,00

dy Di clorid

Dr. Sidi Abderrahmane  
Pharmacist AL MOTAKABER  
1 Rue 98 Lot Sidi Abderrahmane  
Quita, Casablanca  
Tél : 022.522.00.00

x 4 J 15

087

x 1 per

د. عامل امراضي  
أستاذ مهند في طب العيون  
Dr. Adil MCHACHI  
Professeur Agrégé en Ophtalmologie

MP09/11/2022

DICLOCED 1 mg/ml  
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



6 118001 101948

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diour, Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Date : 21/12/2022

Quittance - Paiement espèces

0705099

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 300,5

Patient : ..... *MOUAD AIT LAGHOUAT*



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 144 170 / 2022 du 02/11/2022

Nom patient : HOUMIMID FATNA

Entrée 02/11/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/11/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Encaissements						<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
							300,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@fcikm.hk.m.a  
N°INP 090061862