

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 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.

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.

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° W21-730167

ND
142 797

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01825 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : Selami Abdelkader
 Date de naissance : 1936
 Adresse : H. Abituelle
 Tél. : 0661564793 Total des frais engagés : 1604,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Zouhida Bendah Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Schizophrénie aiguë
 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.

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2015

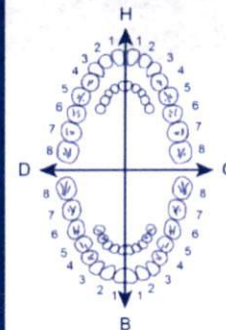
[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cagnot du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Lot 1 Al Akhwaïn 1 Bd Mohamed 6 Barrechid Tél: 05 22 53 35 35 05 68 08 20 68	02/12/2022	Al Akhwaïn 1 Bd Mohamed 6 Barrechid 05 22 53 35 35 05 68 08 20 68

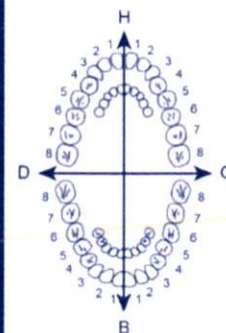
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
0	02/11/77	OCT Nouveau	100000

[illegible]

* 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		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

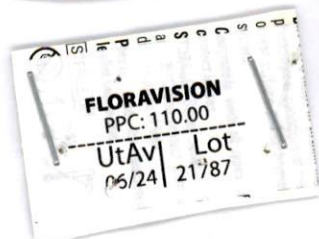
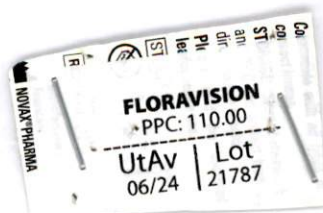
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 11.11.22

Bensolme Faubla



341-

1) Nadook



1g/2 3/5 p/r 2mois



ca vision



1g/2 4/5 p/r 3mois



FR

Naabak 4,9 %, collyre en solution

Acide N-acétyl aspartyl glutamique sodique

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou consultez un médecin.

Fréquence d'administration

2 à 6 fois par jour.

NAABAK 4,9%
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH



6 118001 101184

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI



à la
ée.

Après amélioration de vos symptômes, le traitement doit être poursuivi pendant toute la période de risque d'allergie.

Si vous avez utilisé plus de NAABAK 4,9 POUR CENT, collyre en solution que vous n'auriez dû :
En cas de surdosage, rincez au sérum physiologique stérile.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde :

Possibilité de sensations brèves



مركز النقديات

SANS CONTACT



11/11/22

11:39:19

9900397911

93979101

HOP CHEIKH KHALIFA G5

Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxx7619

CARTE NATIONALE

DE34C1BD7468703D

221-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION: 114061

STAN : 000379

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

COPIE CLIENT

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

11.11.22

Benzelmie Zoubida

OCT Nacloné



Casablanca le 02/12/2022

Compte Rendu OCT maculaire
Mme ZOUBIDA BENSALMIA

➤ **OCT maculaire:**

➤ **OD :**

- Signal et imagerie de bonne qualité (indice de qualité = 82)
- Plan de l'épithélium pigmentaire régulier, pas de drusen.
- Architecture conservée des couches rétinienne interne et externe.
- Interface IS/OS et couche des photorécepteurs semble conservée.
- Mapping maculaire : ECM compris dans les limites normales de la database = 218 μ m

➤ **OG :**

- Signal et imagerie de bonne qualité (indices de qualité = 34)
- Trou Maculaire en pleine épaisseur surélevées et logettes aréfectives intra rétinienne de siège majoritairement basal.
- DSR rétro fovéolaire
- Plan de l'épithélium pigmentaire régulier, pas de drusen.
- Architecture conservée des couches rétinienne interne et externe.
- Interface IS/OS et couche des photorécepteurs semble dilacérée sur les berges du trou.

Conclusion:

Trou maculaire OD stade 3

Dr SAMI HIND



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 159 514 / 2022 du 02/12/2022

Nom patient : BENSALMIA ZOUBIDA

Entrée 02/12/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
OCT MACULAIRE	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total Frais Clinique				1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
MILLE DIRHAMS	Total 1 000,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						1 000,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 148 958 / 2022 du 11/11/2022

Nom patient : **BENSALMIA ZOUBIDA**

Entrée 11/11/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 11/11/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	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			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 N°INP 090061862
 E-mail: contact@hkh.kh
 Fax: 05 29 00 49 77
 Tel: 05 29 03 53 45

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2211111205184410 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200591877	BENSALMIA ZOUBIDA	11/11/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0379	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MAN.ELB

Signature
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
E-mail : contact@hkip.ma
Fax : 05 22 20 03 17
Tél : 05 22 20 03 15
N° INP 09005185



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 21/11/2022

Quittance - Paiement espèces 0730095

IPP :

N° D'admission : 22010326 Montant : 1000 DH

Patient : BEN SAHIA ZOURIDA



Cachet