

## 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

- 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 01825 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Retrait
Nom & Prénom : Sehrai Abdelkader			
Date de naissance : 1936			
Adresse : Habibie			
Tél. : 0661564793 Total des frais engagés : 1604,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2015	<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p>  <p>Date de consultation :</p> <p>Nom et prénom du malade : Farida Benali Age:</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : Schizophrénie aulai</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>
-------------------------------------	--

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 : / /

## 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
11/11/2011	G	1	200 DH	INP : [Redacted] Hôpital Universitaire Ibn Rochd Docteur HASSAN Signature

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Lot 1 AL AKHWAINI 1 Bd Mohamed 6 Barrechid BP 53 35 35 06 22 53 35 35 06 58 08 20 68	02 / 12 / 2011	150 TJD Akhawain 1 Bd. Mohamed 6 Barrechid 06.22.53.35.35 06.58.08.20.68

## ANALYSES - RADIographies

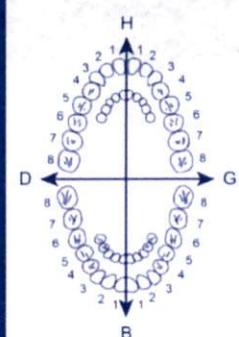
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
0	01/11/2011 OCT	Moulage	1000000000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

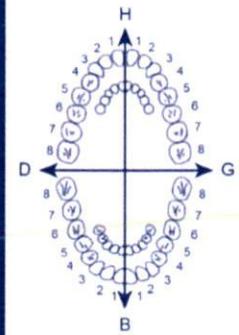
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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
B		

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

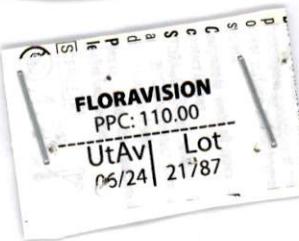
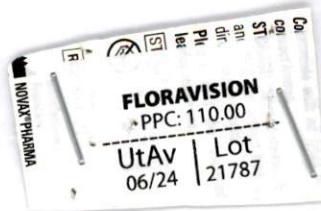
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 11.11.88

Benselme Faabida



1) Nasalook



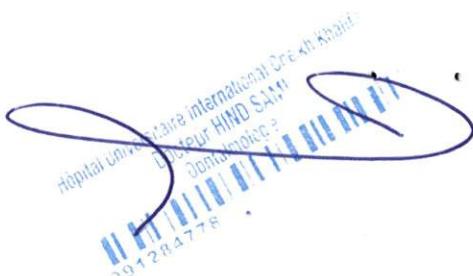
Igma 3lg polv dose



Ca vision



Igma 4lg polv 3 mois



# 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 si vous n'avez pas les effets

## Fréquence d'administration

2 à 6 fois par jour.

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



6118001101184  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAUDI

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



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

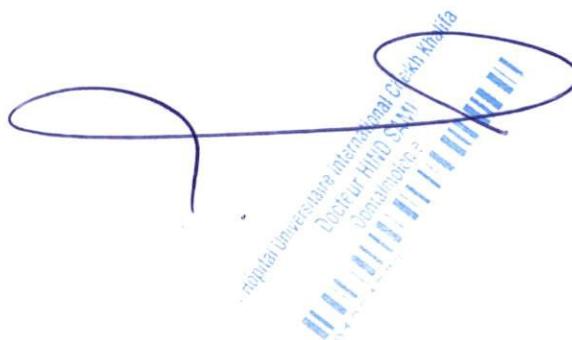
وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

11.11.11

Bensslme Zoubida

OCT Naciri



Casablanca le 02/12/2022

Compte Rendu OCT maculaire  
**Mme ZOUBIDA BENALMIA**

➤ 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 rétiniennes interne et externe.
- Interface IS/OS et couche des photorécepteurs semble conservée.
- Mapping maculaire : ECM compris dans les limites normales de la database = 218 µm

➤ OG :

- Signal et imagerie de bonne qualité (indices de qualité = 34)
- Trou Maculaire en pleine épaisseur surélevées et logettes aréflectives intra rétiniennes de siège majoritairement basal.
- DSR rétro fovéolaire
- Plan de l'épithélium pigmentaire régulier, pas de drusen.
- Architecture conservée des couches rétiniennes 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 Sous-Total	1 000,00 1 000,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 000,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

MILLE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>1 000,00</b>

Encaissements						<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
							<b>1 000,00</b>

# 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
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
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

**Total 300,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

N°INP 090061862  
E-mail : contact@fchm-hm.men.dz  
Fax : 05 29 00 4177  
Tel : 05 29 03 53 45  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

CASABLANCA

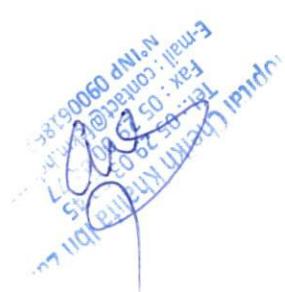
**Reçu de caisse***MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID*

N° : 221111205184410 / 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





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 21/11/02

Quittance - Paiement espèces 0730095

IPP : .....

N° D'admission : 00000000000000000000000000000000 Montant : 1000 DH

Patient : Bensalem ZOURIDA

