

# 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **A1800**

END (extrait) + ATT AU LOG FAM  
Déclaration de Maladie  
Nº P19- 057881

**MD 344** **ABO**  Optique **AIC**  Autres

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BOUTALEB FATIMA ZAKRAT**

Date de naissance : **01 - 01 - 1980**

Adresse : **A 26 E ZDUBIR - OULFA**

**CASA**

Tél. : **06 66 42 84 34**

Total des frais engagés : **12500,10** DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **05 / 12 / 2022**

Nom et prénom du malade : **Rihani Ismail**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

**CASA**

Le : **05 / 12 / 2022**

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
05/12/22	14/12/22	OS	300,00	Handwritten signature and stamp: "Dr. KHEIRI KHEIRI" and "05-29-03-53-45" over "TÉL: 05-29-03-53-45" and "E-mail: contact@tchirakidk.ma".

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KHEIRI	05-12-22	264,00

### 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	

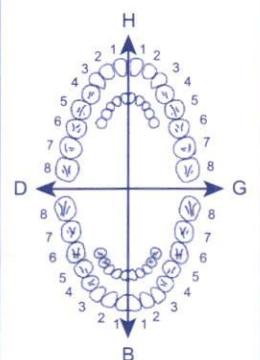
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

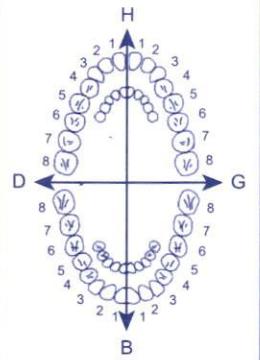


ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 05-12-2022

Age = 3ans.

Poids = 19kg

Rifani Ismael

8910



1) Sterimor mag beclast

spf x4/1



Apigard elgat

scac x3/1



8 Soins

16,60

3) Dobslop



19,10

solose (19kg) x3/1



4) Hivernex

scac x3/1



# Apixol®

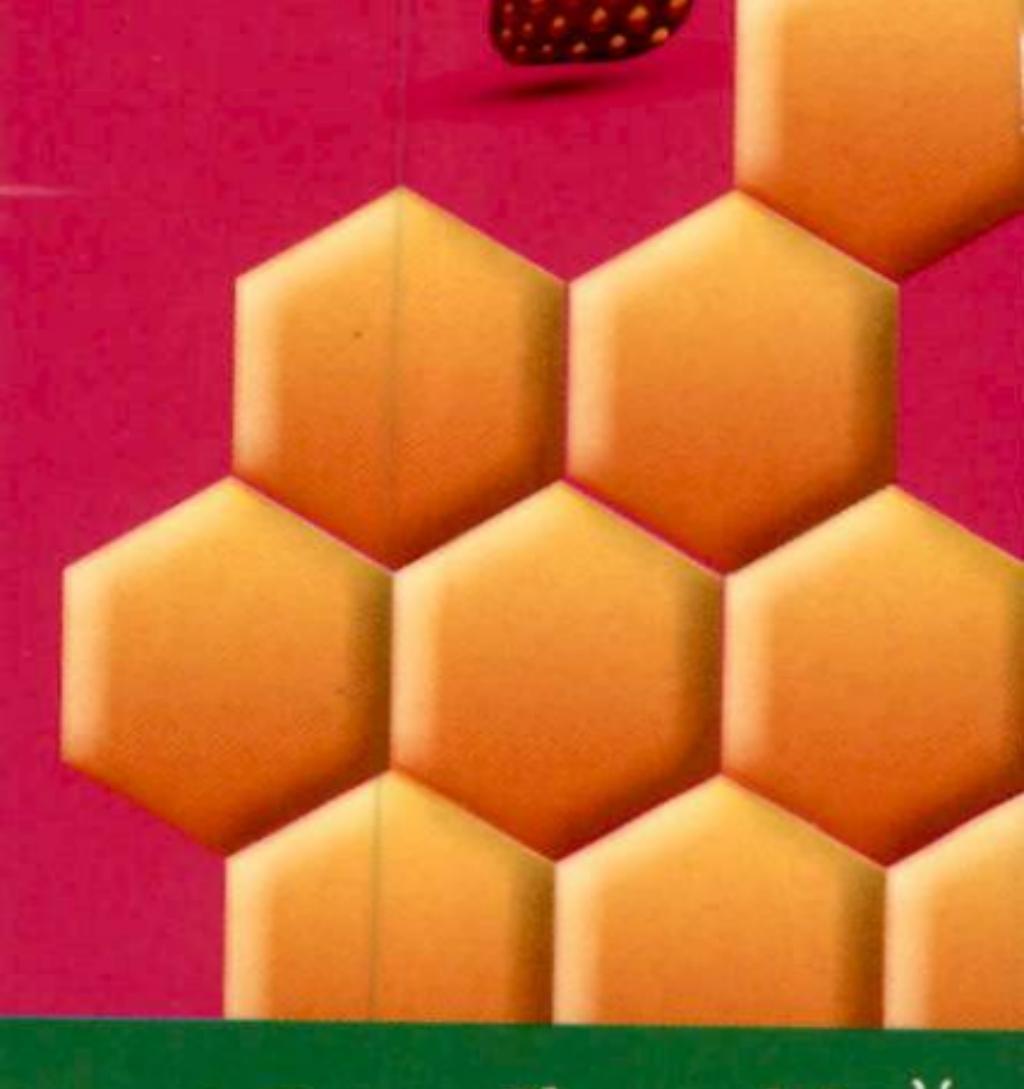
Enfants

Solution buvable

AUX EXTRAITS  
DE PROPOLIS ET D'ÉCHINACÉE

- Apaise les voies respiratoires
- Adoucit la gorge

Goût fraise



200 ml e

Pharmalife RESEARCH



8 032578 479263

Lot: 220102

À consommer

avant le: 03/2025

PPC: 79.50 DH

# HIVERNEX

Défenses - Immunité  
Troubles hivernaux

Échinacée, Cassis, Plantain,  
I-Fluid Reine des Prés, Gelée Royale

**Zinc, Vitamine C**

**SIROP**

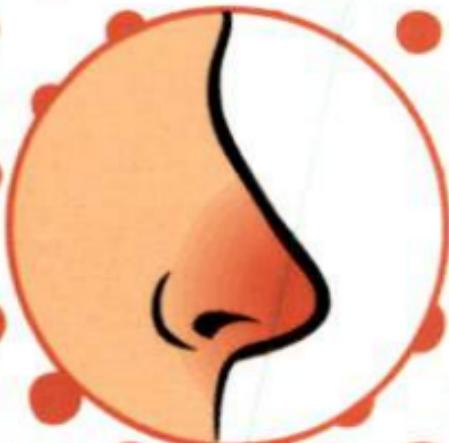
Sans Sucre

Sans Alcool

LOT 091930/FC3

PER 09/2024

PPC 79.00



**Arôme Caramel**  
Flacon 150 ml



11  
Liberatoris Prime 5  
Marek Bouskouri - Salih Oude  
Responsible Pharmacie - FFLA/Pharmacie  
distributrice

6118000 093046  
0630

Dolos top®  
Fracón de 90 ml

መ/ቤት የጊዜ ተመሳሳይ :

جـ 100 جـ 24

ମୁଖ୍ୟମନ୍ତ୍ରୀଙ୍କରିତା

LOT : 7228  
UT. AV: 02 - 25  
P.P.V: 16 DH 60

# Dolostop®

*Solution buvable  
en flacon*

90 ml

### Voie orale

## FACTURE

N° 160 708 / 2022 du 05/12/2022

Nom patient : RIHANI ISMAIL

Entrée 05/12/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 05/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE PEDIATRIE	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 :	<b>Total</b>	<b>300,00</b>
trois cents dirhams		

Encaissements					<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
						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

Date : 05/12/2012

Quittance - Paiement espèces 0731671

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : .....

Patient : ..... 300,00  
Tunisie

