

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

M22- 0006307

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6403 Société : R.A.M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RATISAN BOUCHAÏN

Date de naissance : 27.02.1967

Adresse : 10 Rue ANVERS CASA

Tél. : 0634672020 Total des frais engagés : 300 + 654,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : infecti ispnatoire x

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 19/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
19.12.22	CS		300 DA	<p>Professeur NAJIBA YASSINE</p> <p>Hôpital Universitaire Interne</p> <p>Alger</p>
			VOIR FACTURE	

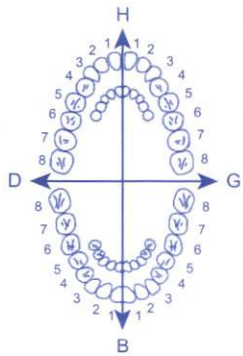
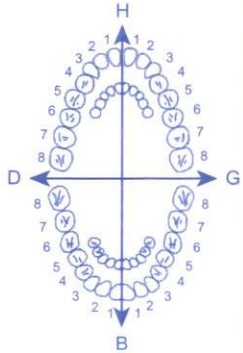
[illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000  <hr style="width: 100%;"/>                     00000000    00000000                      35533411    11433553  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>                      <b>G</b> </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

DATE DE L'EXECUTION

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة  
علاج تكوين بحث



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : 19/12/2022

**ZINASKIN® 45 mg**

PPV 40DH90

EXP 12/2024  
LOT 18066/89

20 comprimés effervescents

BEN FAIDA HAJAR

UT.AV. : 01 2024 P.P.V. : 79 70  
LOT N° : FX2577RR

UT.AV. : 01 2024 P.P.V. : 79 70  
LOT N° : FX2577RR

UT.AV. : 01 2024 P.P.V. : 79 70  
LOT N° : FX2577RR

UT.AV. : 07 2024 P.P.V. : 79 70  
LOT N° : GJ3591

79,80 ① Entro a  
1 CP → 1<sup>er</sup>

1/2 CP →

48,70 ② Solupred long  
2 CP 15 → P

52,80 ③ oeds long  
1 CP 15 → le soir

40,90 ④ ENC  
1 CP 15

rsup  
→

⑤ Vit C 1g

14,80

1cp x 215

PPV 14DH60  
PER 08/25  
LOT L2867

⑥ D-une + Pout

49,60

1A n pout 1155 pur

⑦

9400 1A n p 1 nois

⑦ Vit A - nag : 16115 le sac

14,60 x 2

⑧ Dolyne 1000 n 1cp x 315 (A fu oleand)

⑨ Retabo 2 pnc

45,30

2 B x 15 Tents

⑩

⑩ chambre d'inhalati

**Pharmacie Km 15**  
Dr. MOUZOUN Yacine  
Pharmacie  
Salama 2, Résidence Rim, N° 46  
Ain Sebba - Casablanca  
Whatsapp : 06 05 05 98 18  
INPE : 092036771

694.10

**Pharmacie Km 15**  
Dr. MOUZOUN Yacine  
Pharmacie  
Salama 2, Résidence Rim, N° 46  
Ain Sebba - Casablanca  
Whatsapp : 06 05 05 98 18  
INPE : 092036771

PPV 14DH60  
PER 08/25  
LOT L2867

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Region de Rabat

118001 141258

**VENTOLINE 100 mcg**  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur **HAJIBA YASSINE**  
Pneumologie - Allergologie - Tabacologie  
91035477

**Pharmacie Km 15**  
Dr. MOUZOUN Yacine  
Pharmacie  
Salama 2, Résidence Rim, N° 46  
Ain Sebba - Casablanca  
Whatsapp : 06 05 05 98 18  
INPE : 092036771



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : 19/12/2022

BEN FAIDA MAJAR

suspicion Covid-19.

⇒ PCR (sans cov 2).

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur NAJIBA YASSINE  
Pneumologie Allergologie-Tabacologie  




HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 10 / 12 / 2022

Quittance - Paiement espèces 734729

IPP : .....

N° D'admission : 2200 6102 99 Montant : 734729

Patient : Ben Faïda Hafar

Cachet



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

Date : 19/12/2022  
Numéro : 167 482



090061862

Nom patient : BEN FAIDA HAJAR

Médecin : PR. YASSINE NAJIBA  
Pneumologie

2200610299

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE PNEUMOLOGIE	300,00

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :  
TROIS CENTS DIRHAMS

Stamp: HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54  
N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026