

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M22- 0027201

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7735 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : WASMIA SNAHIA  
 Date de naissance : 10/11/21/64  
 Adresse : habituelle  
 Tél. : 0676786605 Total des frais engagés : 402,99 + 378,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/04/23

Nom et prénom du malade : Age : 59

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : 07/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
07 04 2023	voir facture n°	50421/23	402,99	

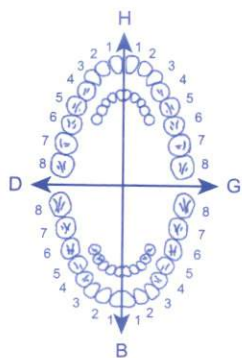
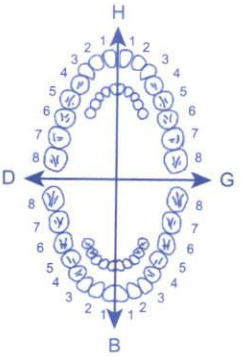
[illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veuillez 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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

01.04.23  
M<sup>me</sup> WASMIL SAADI A  
DR. LOURIZ MAHA  
Médecin Spécialiste en Urgentologie  
INPE : 061185252

74,80 1/ Sepren 50mg  
1cp 1x par 5

30,80 2/ Trimecort 10mg  
1cp 3x1

100,00 3/ Enteroferon 100mg  
1cp 1x

28,10 4/ Vogalein 100mg  
1cp 3x1

46,00 5/ Euzol 200mg  
1cp 1x

98,90 6/ Gerson 100mg  
1cp 1x

74,80  
LOT : 12-20-38  
PER : 12-20-25  
P.P.V. : 74,80 DH

LOT : 4117  
PER : 12-27  
P.P.V. : 30 DH 80

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain seba Casablanca  
Enteroferon 4 milliards  
susp b 10 fl 5 ml  
P.P.V. 100,00 DH

118001 082216

LOT : 2559  
PER : 10/25  
PPV : 46DH00

98,90  
AEB928  
10/2024

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 50 471 / 2023 du 07/04/23

Nom patient : **WASMIH SAADIA**

Entrée 07/04/23

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 07/04/23

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
PHARMACIE	1,00		102,99	102,99
			Sous-Total	102,99
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>402,99</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
QUATRE CENT DEUX DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX-NEUF CENTIMES	<b>Total 402,99</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	402,99				402,99	0,00

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

07/04/2023  
12:37

Nom Patient : WASMIH SAADIA

Numéro dossier : 2300667112

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
07/04/2023	INTRANULE G 20	1496355	1,00	1,95	1,95
07/04/2023	SERINGUE 20ML	1496355	1,00	2,11	2,11
07/04/2023	SERINGUE 5ML	1496355	1,00	1,01	1,01
07/04/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1496355	1,00	1,20	1,20
07/04/2023	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1496355	1,00	0,18	0,18
07/04/2023	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1496355	1,00	5,86	5,86
07/04/2023	PARACETAMOL NORMON 1G INJECTA (50)(1)	1496355	1,00	15,02	15,02
07/04/2023	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	1496355	1,00	6,34	6,34
07/04/2023	CLOPRAME 10mg Injecta (10)(1)	1496355	1,00	1,39	1,39
07/04/2023	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	1496355	1,00	29,90	29,90
07/04/2023	METRONIDAZOLE NORMON 500mg INJECTA (5(1)	1496355	1,00	13,60	13,60
07/04/2023	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1496355	1,00	13,10	13,10
07/04/2023	BANDELETTE ET LANCETTE DE GLYCEMIE	1496355	1,00	4,99	4,99
07/04/2023	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	1496378	1,00	6,34	6,34
Total pharmacie					102,99



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
Tel: 05 20 00 44 11  
Fax: 05 20 00 44 11  
Email: info@hkhz.com