

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-786576

A 60680

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11800

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUTAIB PATINA ZAHRA

Date de naissance : 04 - 01 - 1980

Adresse : 126 E Toubir - OULFA - CASTA

Tél. : 06.66.42.84.34

Total des frais engagés : 1320,00 Dh

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/04/2023

Nom et prénom du malade : SAHIT Aïed Age : M

Lui-même  Conjoint

Lien de parenté :

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 01/04/2023 Le : / /

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
07/04/83	C.S.	300,00		INP : Capital Universitaire International Chabat Docteur OUALI ALAMI RAJAA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACEUTIQUE AVIA NACR 58 Avenue Hassan II - Casablanca Tél. 052 63 30 01	5-4-83	20,00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

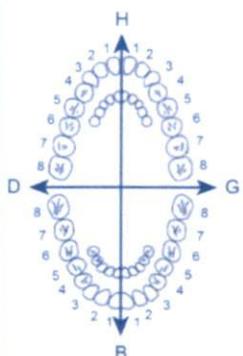
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

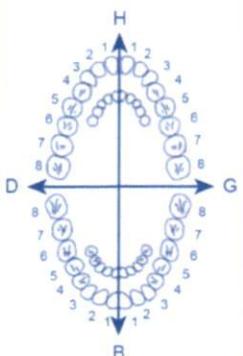
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2300664353 / 150804140047KH

Prénom : MOHAMED RIAD

Nom : SAMIT

DDN : 24/02/2012 E: 01/04/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

20,00

1 - uretec drop



2 c 15 ml une semaines

HARMACHE AVENUE NACIRI  
53, Avenue Mohamed Taieb Naciri  
Hay Hassan (Outa) - Casablanca  
Tél : +212 529 044 466

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Docteur OUALI ALAMI RAJAA  
Pediatrie

91263301



# Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

Solution buvable 60 ml

PPV:20DH00  
PER: 09/25  
LOT: L2948

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

À température inférieure à 30°C.

TABLEAU C (LISTE II).

AMM N°301/17 DMP/21/NRQ

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

100122  
02/18

# Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

Solution buvable 60 ml

arôme banane



45X45X110

Solution buvable 60 ml

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

**Curtec®**

كورطيك®

سيتيريزين ديكلوريدرات 1 ملغ / مل

محلول للشرب 60 مل

نكهة الموز

PRINCIPE ACTIF :  
Dichlorhydrate de Cétirizine : 1 mg / ml

EXCIPIENTS :

propylène glycol, glycérol,  
parahydroxybenzoate de méthyle,  
parahydroxybenzoate de propyle,  
acétate de sodium, acide acétique,  
saccharine sodique, sorbitol,  
arôme banane...q.s.p un flacon.

Excipients à effet notable : sorbitol,  
parahydroxybenzoate de méthyle et  
de propyl, propylène glycol et glycérol.

INDICATIONS :

- Rhinites allergiques saisonnières et perannuelles
- Urticaires
- Conjonctivites allergiques (enfant de plus de 12 ans)

**Curtec®**

Cétirizine 1mg / ml  
Solution buvable 60 ml



بوتيك  
82، معر الكازبليناس - عين السبع - الدار البيضاء  
بن. التوشني - صيدلي مسؤول

كورطيك®

سيتيريزين ديكلوريدرات 1 ملغ / مل

محلول للشرب 60 مل

11

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 47 681 / 2023 du 01/04/23

Nom patient : SAMIT MOHAMED RIAD

Entrée 01/04/23

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 01/04/23

	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		

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	300,00				300,00	0,00



Date : 01/06/2023

**Quittance - Paiement espèces** **0767967**

**IPP :** .....

**N° D'admission :** ..... 2300664353 **Montant :** ..... 300,000

**Patient :** ..... SARIT MONTAHER RIAN

**Payé par :** ..... Ima 17 ème

**Cachet**

Numero de tél : 05 29 03 53 45  
E-mail : contact@icm.hdk.ma  
Fax : 05 29 00 44 77  
Maison Cheikh Khalifa 100 Zaid