

## 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.

**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- 154870

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05140 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BARRANE HAMID 172323  
 Date de naissance : 31/05/1963  
 Adresse : 27 Rue Bahae Senjari DAARIF  
 Tél. : 0705873904 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/07/2023

Nom et prénom du malade : Age: 60

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

Nature de la maladie : Colopex fonctionnelle

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 : CASABLANCA Le : 21/08/2023

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
20-07-2023			302,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20-07 2023	317,70

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

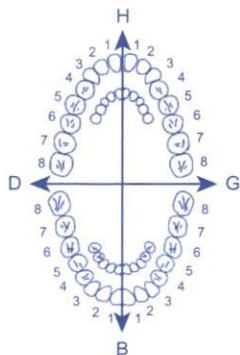
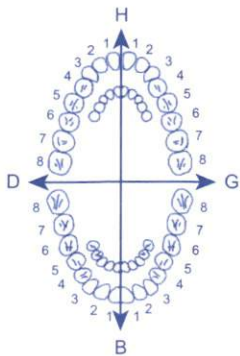
[illegible]

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>														
		<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>													
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H																		
25533412		21433552																
00000000		00000000																
D		G																
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**


[illegible]

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

**(Création, remont, adjonction)**




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 :

20/07/2023

Banane

Hamid

40,40 x 3

(a) METEOSPASYL (SV)

PHARMACIE ET PARAPHARMACIE  
ROUTE D'EL JADIDA  
240, Bd Brahim Roudani  
Casablanca  
Tél: 05 22 99 57 46

32,00  
21,00

(2) METEOSPASYL (SV)

(SV) El...

73,50

(3) METEOSPASYL (SV)

T1317,70

**METEOSPASYL® B 20 caps molles**  
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

**METEOSPASYL® B 20 caps molles**  
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

**METEOSPASYL® B 20 caps molles**  
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



# F.TRENKA

Lot:

4 4 9 2 A

EXP:

1 0 . 2 0 7

PPV:

9 1 . 0 0 0 H S

99,00

صنع من طرف مانتافيث (النمسا)  
إ- 6067 أبسام / تيرول، النمسا  
الحاصل على رخصة التسويق ف. ترنكا (النمسا)  
موزع من طرف مختبرات أفريك فار (الممثل الحصري)  
المنطقة الصناعية عين حرودة غرب  
الطريق الجهوي رقم 322، (الطريق الثانوي 111 سابقا)  
كلم 12.400 عين حرودة 28630، المحمدية - المغرب

## EUCARBON®

100 comprimés



6 118001 250301

**التركيبة للقرص :**  
مسحوق فحم نباتي 180 ملغ  
خلاصة الراوند 25 ملغ  
أوراق السنبا 105 ملغ  
كبريت منقى 50 ملغ  
**السواغات :** الكمية الكافية. سواغات ذات تأثير  
**معروف :** سكروز الجرة، دواعي، موانع و احتياطات  
**الاستعمال :** المرجو قراءة النشرة قبل الاستعمال.  
المرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشاكل مرتبطة بكيفية استعمال الدواء.  
يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال.  
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 30 درجة مئوية في غلافه الخارجي الأصلي وبعيدا عن الضوء.

أوكاربون®

LOT:4134A  
EXP:06/24  
PPV:32DH00

مسحوق فحم نباتي · خلاصة الراوند · أوراق السنّا · كبريت منقى

عن طريق الفم · 30 قرصا

**forlax<sup>®</sup>** 10g  
Macrogol 4000

---



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

Date : 20/07/2023  
Numéro : 100 929



090061862

Nom patient : BARRANE HAMID

Médecin : PR. DELSA HANANE  
Hépto-gastro-entéro

2300718775

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00

Total	300,00
Arrêtée la présente à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	

CNSS N° 9779309, ID Fiscal 40127291 Boulevard Mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Oum Rabii,  
Hay Hassani Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 22 89 28 54  
E-mail: cnss@inp.tn  
N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N°: 230720160038FZ / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300718775	BARRANE HAMID	20/07/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	003941	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : FZ AZER

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: 05 29 00 44 77  
Fax: 05 29 00 44 77  
E-mail: contact@chkhm.ma  
N°IMP 090061862



مركز النقديات

20/07/23 14:54:56  
9900397952  
93979501  
HOP CHEIKH KHALIFA G7  
Casablanca

A0000000031010  
APP : VISA  
M BARRANE HAMID  
xxxxxxxxxxxxx8359  
02/24 CARTE NATIONALE  
27ADEFC648793352  
221-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 008  
NUM AUTORISATION: 213997  
STAN : 003941

DEBIT

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT