

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 : adhésion@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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5204 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZEMRADA NAIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/10/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : facture peut dt

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

zg

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
24/10/2023	C		300,00	 Hôpital Universitaire International Mohamed Ben Arous Pr. Assistant Hamza Benhadjam Traumatologie et Orthopédie 09121

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TIL Voie d'Aménagement H H 47 N Hay Béymoune - Hay Hassan Tel: 022 93.86.84 - Fax: 022.93.86.84	25/11/23	2.461.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[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 : 25/10/2023

22
PHARMACIE TILILA
voie d'amenagement HH 47 N° H
Hay Laymoune - Hay Hassani
Tél: 022 93 86 84 - fax: 022 93 87 15
Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Pr. Assistant Hamza BENAMOUR
Traumatologie-Orthopédie
091211201

15

888.00
21

Argent 15000
Israël 31500

244.00

PHARMACIE TILILA
voie d'amenagement HH 47 N° H
Hay Laymoune - Hay Hassani
Tél: 022 93 86 84 - fax: 022 93 87 15

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Pr. Assistant Hamza BENAMOUR
Traumatologie-Orthopédie
091211201

6 118000 180913



20 Comprimés
Cédol

2300767657 / H0123032394

Prénom: NAIMA

Nom: BERRADA

DDN : 22/11/1939 E: 24/10/2023

Service : HOSPI 5 (NA)

PAYANT

Sexe: F

PHARMACIE TILILA

N°: 8150

Le: 25/10/2023

15

AMOXYCLINE ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.
okin... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

PPU: 222 DH
LOT: 652149
PER: 05/25



Facture N° 20231110-517

Date de vente : 25/10/2023
Médecin traitant :

Mme BERRADA Naima

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
CEDOL CO 400/20MG B20 COMP	1	22,00	TVA (7.00%)	22,00
AUGMENTIN ST 1G/125MG B24 SACHETS	1	222,00	TVA (7.00%)	222,00

Total HT	228,04 DHS
TVA	15,96 DHS
Total	244,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : deux cent quarante-quatre DHS

PHARMACIE TILILA
Voie d'aménagement H.H 27 N°1
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0524 38 684 - Gsm: 0693 676 000
ICE: 001551566000078
INPE: 092071976

24/10/23
9900397773
93977701
HOP CHEIKH KH
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
BERRADA EP TAHIRI
xxxxxxxxxxxx3404
04/25 CARTE NATIONAL
658345E84107E958
226-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 010
NUM AUTORISATION: 719159
STAN : 005162

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Reçu de caisse

N° : 2310241713578940 / 3 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300767657	BERRADA NAIMA	24/10/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	005162	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MOH.ALI

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ickm-hk.mn