

# 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

- 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.

**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

N° M21- 065577

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5204 Société : ND 109789

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BERRADA NAÏFA

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 : Age :

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

Nature de la maladie : fracture puyt 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) :



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
24/10/2023	C		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE TIL</b> Voie d'Aménagement H H 47 Hay Laymoune - Hay Hassani Tél : 022 93.86.84 - Fax: 022.93.87.95	25/10/23	244.00

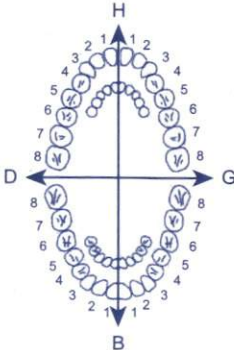
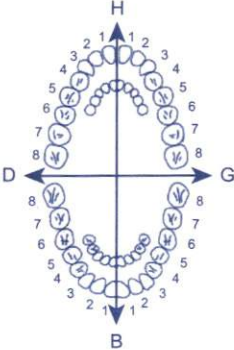
[illegible][illegible]

# 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															
				Coefficient DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	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														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

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

6 118000 180913

20 comprimés

Cédor

CO 27

25/10/2023



2300767657 / H0123032394

Prénom : NAIMA

Nom : BERRADA

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

Service :HOSP15 (NA)

PAYANT

**Sexe:** F

PHARMACIE TILILA

Nº: 8150

Le: 25/10/23

Casablanca, le : 25/10/2020

289.00

21

Pharmacie Tilila  
Voie d'aménagement H.H 47 N° H  
Hay Laymoun - Hay Hassani  
Tél : 093 86 84 - Fax : 022 93 87 15

41

Hasni Université  
International Mohammed VI  
Ph Assistant Mamza BENABEUR  
Traumatologie-Orthopédie  
091211201

289.00

21

2) gentin 10g 125 g  
1 sachet = 3/5 pk 7

244.00.

**AUGMENTIN** AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg

Secrets

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

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 222,00 DM

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
<b>Total</b>	<b>244,00 DHS</b>

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

**PHARMACIE TILILA**  
Voie d'aménagement H.H 27 N°1  
Hay Laymoune, Hay Hassani - Casablanca  
Tel: 0522938684 - Gsm: 0693 676 000  
ICE: 001551566000078  
INPE: 092071976

24/10/23  
9900397770  
93977701  
HOP CHEIKH KH  
Casablanca

A0000000031010  
APP : VISA  
BERRADA EP TAHIRI  
xxxxxxxxxxxxx3404  
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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASA LANCA

## 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@hikm-hk.ma