

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.



Déclaration de Maladie : N° P19- 0011121

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2823 Société : ND 104954

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOULANE Date de naissance : 11/11/1955

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Boulane KHAJJAR Age :

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

Nature de la maladie : Proctologie

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) :

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

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 Règlement des Actes
16/11/23		9	360	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

16/11/23

92,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

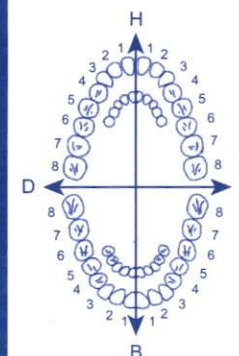
Coefficient

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

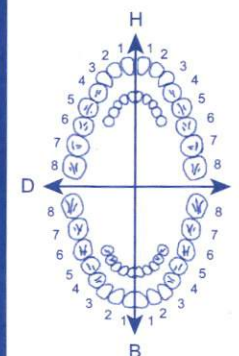
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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'EXECUTION



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

16/11/23

Boulane KHADIR

33.00

(1)

Mégesfon

1 gel x 3/j

25.20

(2)

Co Parental

1 g x 3

14.30

19.60

(3)

Hemofast: Pommade + Supp

1 appli stéril x 2/j

92.30

COPARANTAL®
400 mg / 20 mg
PPV 25DH20
EXP 10/2024
LOT 16009 6

Hemofast
Pommade

19,60

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr EL IDRISSI LAHJARI ABDEMMACEUR
Gastro-entérologie, hépatologie, digestifs, hépatologie
PHARMACIE RAIS
Omar RAIS
Docteur en Pharmacie
Urgences - Ali Di
101106020

Megasfon[®]

Phloroglucinol

160 mg

LOT: 6654

PER: 08-25

PPV: 33DH00



Megasfon[®]

160 mg

10 comprimés orodispersibles

voie orale

10

comprimés orodispersibles
voie orale

PHARMA 5

Hemnofast®

6 Suppositoires
Voie rectale



14,50

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 16/11/2023
Numéro : 161 360



090061862

Nom patient : BOULANE KHADIJA

Médecin : PR. EL IDRISSE LAMGHARI ABDENNACEUF
Hépto-gastro-entéro

2300779749

PAYANTS

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

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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 03 44 77
E-mail: contact@idm.hicm.ma
N° INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 231116103550SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300779749	BOULANE KHADIJA	16/11/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	005965	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par :SAL.MAH

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 43
Fax: 05 29 03 44 77
E-mail: contact@chkhz.ma
N° RD 00000000000000000000



مركز النقديات

SANS CONTACT



16/11/23

09:23:56

9900397952

93979501

HOP CHEIKH KHALIFA G7

Casablanca

A00000000032010

APP : Visa

xxxxxxxxxxxxx5776

CARTE NATIONALE

26EABAC2C514B574

200-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 002

NUM AUTORISATION: 005663

STAN : 005965

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT