

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 : N° P19- 0011121

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2823

Société :

*NP  
N° 24951*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Boulane

Date de naissance :

11-1955

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*Boulane KHASIF*

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) :



### 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
16/11/23	O		300	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/23	92,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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				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 canalaire, 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
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	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 :

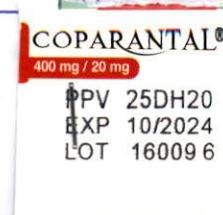
16/11/23

Goulane KHAIRI

33.50

(1) Megesfon

1 gel x 3/jos



25.20

(2) Coparental

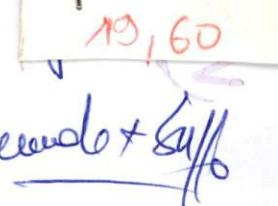
1 g x 3



14.50

19.60

(3) Hemofast : Pommade + 6% Aplicat



92.80



Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Macfri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc

Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367

Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

# Megasfon®

Phloroglucinol

10 comprimés orodispersibles

160 mg

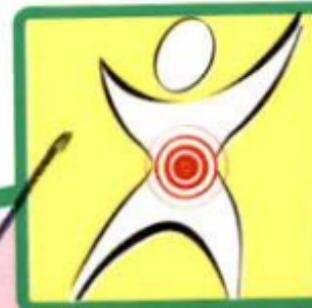
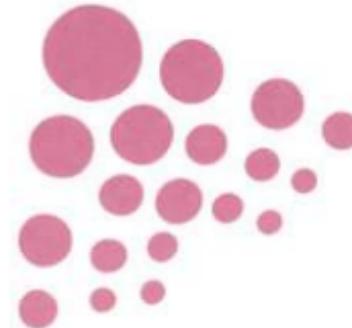
voie orale

# Megasfon®

Phloroglucinol

160 mg

LOT: 6654  
PER: 08-25  
PPV: 33DH00



10

comprimés orodispersibles  
voie orale

PHARMA 5

# ~~Hemofast®~~

6 Suppositoires  
Voie rectale



AH, SO

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

Date : 16/11/2023  
Numéro : 161 360

  
090061862

Nom patient : BOULANE KHADIJA

Médecin : PR. EL IDRISI LAMGHARI ABDENNACEUF  
*Hépato-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  
E-mail : [coutude@dm.ma](mailto:coutude@dm.ma)  
Fax : 05 29 03 53 45  
Tel : 05 29 03 53 45  
Mobile : 05 29 03 44 77

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

**CASABLANCA**

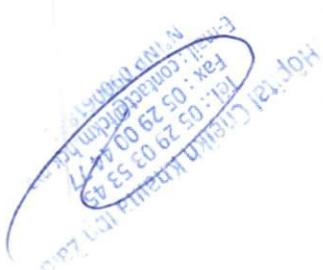
## **Reçu de caisse**

N° : **231116103550SA / .**

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

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
<b>CarteB</b>	<b>005965</b>	<b>300,00</b>
	<b>Total payé</b>	<b>300,00</b>

Reçu établi par :SAL.MAI





مركز التقديم

SANS CONTACT



16/11/23 09:23:56  
9900397952  
93979501  
HOP CHEIKH KHALIFA G7  
Casablanca

A0000000032010  
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