

# 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

- 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° W19-547803

188712

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9398 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAHLAOUANE Abderrahim

Date de naissance : 11/05/69

Adresse : Résidence Manzi' A. Kharfi Apt 7 GH23C  
Rue BOUAZZA CHA

Tél. : 0667212355 Total des frais engagés : 731,95 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BAHLAOUANE RITA

Age : 2 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Bronchite aiguë

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 : Noulx

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	
<u>27</u>	<u>consulte</u>			INP :	
<u>12</u>	<u>+</u>				
<u>2023</u>	<u>total:</u>		<u>600,00</u>		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE ROUTE ERRAHMA</b> Route My Thami Km. 1 Ouled Ahmed Dar Bouazza - Casablanca Tél: 05 22 93 98 51	27/12/23	131,90

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

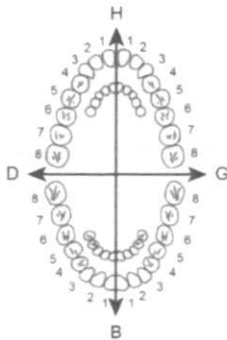
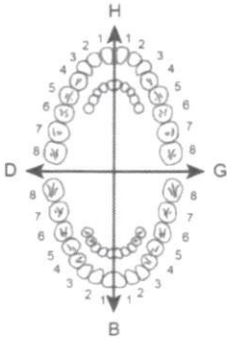
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'QDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
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 <input type="text"/>
	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 type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2300803397 / H0123039320

Prénom : RITA

Nom : BAHLAOUANE

DDN : 11/12/2021 E: 27/12/2023

Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe : F

11 kg 700

PHARMACIE ROUTE ERRAHMA  
Route My Thami Km. 1 Ouled Ahmed  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél: 05 22 93 02 54

PPV: 80DH00  
PER: 11/26  
LOT: M3743

80,00

1/ AZIA 100 w

1 dose de 12/5

x 5 jours

30,00

2/ Belostano

120 gtes 1/5

x 5 jours

21,90

3/ Butavent 100 w

1 w x 2/5

LOT: 2821  
PER: 03-25  
P.P.V: 30 DH 00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Docteur OUALI ALAMI RAJAA  
Pédiatrie

Salbutamol  
21,90



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :



2300803397 / H0123039320

Prénom : RITA

Nom : BAHLAOUANE

DDN : 11/12/2021 E: 27/12/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: F

Nctouction

0

to scylolup

0,8 cc + 3,2 cc



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Docteur Oualid ALAMI RAJJA  
Pédiatrie  
2300803397

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 184 872 / 2023 du 27/12/2023

Nom patient : **BAHLAOUANE RITA**

Entrée 27/12/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 27/12/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
NEBULISATION AVEC OXYGENE	1,00		300,00	300,00
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	600,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>600,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS

**Total 600,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	600,00	600,00	0,00

*Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid*  
*Tel: 05 29 03 53 45*  
*Fax: 05 29 00 44 77*  
*E-mail: contact@hkm-hck.m*

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2312272035199380 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300803397	BAHLAOUANE RITA	27/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	009091	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ABD.KAR

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
Email: contact@hckm-hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2312272123089380 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300803397	BAHLAOUANE RITA	27/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	9095	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
		TROIS CENTS DIRHAMS

Reçu établi par : ABD.KAR

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél. 05 23 03 53 45  
Fax 05 23 03 53 45  
@ekm-hck.ma  
00 44 77