

# 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.

## 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.

N° W19-547803

188712

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricole : 9398

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BAHLAOUANE Abderrahim

Date de naissance :

11/10/69

Adresse :

Résidence Manzil Al Afaf Apt 7 GH 2 3 C  
Rue Bouazzia Casablanca

Tél. :

0667212355

Total des frais engagés :

731,90

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

BAHLAOUANE RITA

Age: 2 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bronchite + rinite

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 : Nouaceur

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
27 12 2023	longe + alekt		INP : 05 29 00 44 77 Par : fckm-hck Date : 11/11/2023	INP : [REDACTED]
			600,00	Universitaire International Centre OUALI ALAMH Pédiatrie
				11/11/2023

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROUTE ERRAHMA Route Mly Thami Km. 1 Ouled Ahmed Dar Bouazza - Casablanca Tél: 05 22 93 98 51	21/12/23	131.50

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

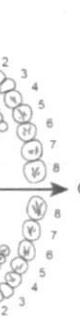
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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'QDF.

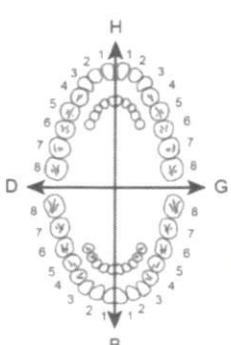
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]



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

80,00

1/ AZIA 100 mg

1 dose

5 12 15

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

30,00

x 5 jours

2) Bebtolin

120 gtt/s



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

21,90

x 5 jours

3) Butorvent 10mg



131,90

1 vsc x

2 5

4 7 jours

Salbutamol  
21,90

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Ra  
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2  
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hci

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Docteur OUALI ALAMI RAJAA  
Pédiatrie

2024-07-20  
2024-07-21 00:00:00

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

Nébulisation à  
de nebulosus

0,8 cc + 3,2 ss d.



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Docteur OUAKIL ALAMI RAJAA  
Pédiatre  
063301

# 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

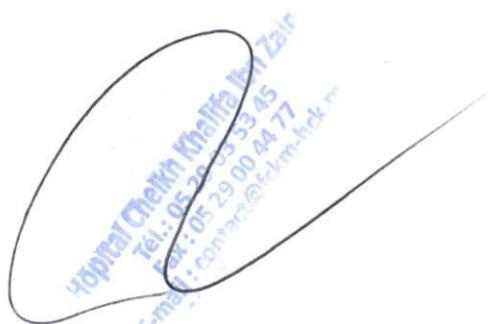
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
NEBULISATION AVEC OXYGENE	1,00		300,00	300,00
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	600,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>600,00</b>

*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

CASABLANCA

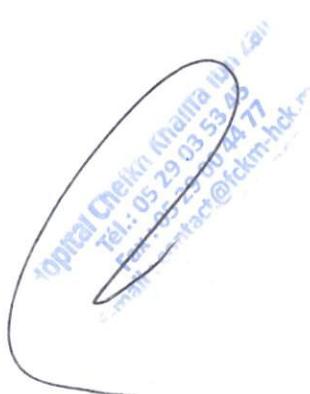
## Reçu de caisse

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



CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 23122721230893801 / 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

REÇU EN CAISSE  
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
TÉL: 052 250 3545  
FAX: 052 250 3547  
Souscrit le 27/12/2023 à Casablanca  
Signature : [Signature]