

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

W21-831321

193787

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

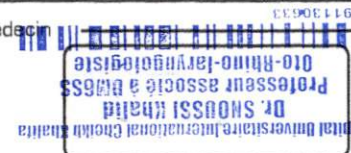
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule : 8732 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : OUDHRI MOULAY IOUSS
 Date de naissance : 15/07/62
 Adresse : STANE 35 BT MAHMOUD CHA
 Tél. : 06 613 12755 Total des frais engagés : 481 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint
 Nature de la maladie : affection ORL
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie
 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 : 05/02/24
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

PMFR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
12.24	C1		300	

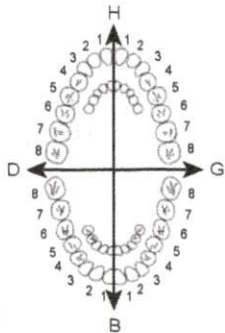
[illegible][illegible][illegible]

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					<input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					<input type="text"/>	
					FIN D'EXECUTION	
					<input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>				<input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires	MONTANTS DES SOINS
					<input type="text"/>	DATE DU DEVIS
					<input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION
					<input type="text"/>	
					<input type="text"/>	
					<input type="text"/>	
					<input type="text"/>	
					<input type="text"/>	
				<input type="text"/>		

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



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

01/02/2024
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. SHOUBI KHALLA
Professeur Associé à l'Université
Oto-Rhino-Laryngologie
091130633

9,30

① - aureo de cécile pharasele^{3/}
01 application

21,80

② - polydexa gbltes^{3/}
05 gbltes x 21j
pendant 10 j plus

③ - Mucol Sinp^{3/}
01 C. S. x 31j

PHARMACIE DOUMA
22, Bd. Annanda Hay Douma
Sidi Moumen - Casablanca

① - Naze Spray
ex pulvérisate dans / j
le matériel pendant
2 mois.

V=2

LOT: IC30978
PER: 08/2025
PPV: 75 DH 00

CPI
Etiquette

LOT: IC30979
PER: 08/2025
PPV: 75 DH 00

ex 7500
28/10

PHARMACIE DOUMA
22, Bd. Annahida Hay Douma
Sidi Moumen - Casablanca

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. SNOUSSI Khalid
Professeur Associé & Chef de Service
Oto-Rhino-Laryngologiste
0911304533

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 17 433 / 2024 du 01/02/2024

Nom patient : **MOUAKITE EP OUDGHIRI MERYEM**

Entrée 01/02/2024

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 01/02/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION ORL	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
CENTRE MOHAMMED VI
DE L'AUDITION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 01/02/2026

Quittance - Paiement espèces 0852461

IPP :

N° D'admission : 2608316 Montant : 300,2

Patient : DAVAR KITE GP 00064122 76247

Payé par : Dlle Kei



Cachet