

# 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

- 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent [e]			
Matricule : 8361		Société : RAM N05962	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELYOUSFI SAMIR			
Date de naissance : 15/04/1967			
Adresse : Résidence Nadia, 1 <sup>me</sup> L Cité plateau			
Tél. : 0661265909		Total des frais engagés : 545,20 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 31/01/24			
Nom et prénom du malade : ELYOUSFI SAMIR Age : 1967			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Dents			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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.			

*Présentation de la déclaration de maladie à la mutuelle*

*Signature de l'adhérent : 31/01/24*

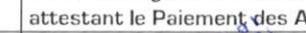
*Signature du médecin : 31/01/24*

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 : 31/01/24 Le : 31/01/24

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
31/10/2014			300,00	 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie NOUR KABBAG KABBA 102, Anfa 70000 Casablanca Sous Aéroport International Hassan II Tél 0522.36.10.11</p>	2011/07/24	24.5.60

## 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				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.

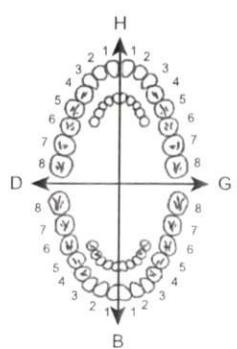
### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
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



EL YOUSFI SANIR  
وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le :

3 10 124

18.20

ASCABIOL lotion.



3 ml à 24h d'intervalle

sur corps mouillé

ENVIROSOL spray

lotion l'entret.

TO 2 Dose 1 ml  
l'entret.

sur corps.

SENSI THERIAL gel

2 ml sur corps



Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, 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

AM92 0526  
PER.  
98.00  
LOT  
Prix

0  
MYCOSTER 1%  
CREME 130G  
P.P.V : 46DH20  
LOT : 23E014  
PER.:09 2026

1188000 0111118

88.00

-

ALCANTEREL

S.V

2 kg basis des fléches

2 x 1kg

45.20

-

MYCOSTER cream

S.V

2 x 1kg + 2 x 200g

84.20

-

DERMOSIT Berlin

S.V

245.60

Pharmacie NOUR  
RABBAJ ZAHRA  
108, Anfa - Casablanca - Maroc  
Sous Administration : Casablanca  
Tél : 0522 36 19 11

2 x 1kg + 2 x 200g

161224047  
Höptli Universitätsklinik Zürich  
Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. med. dent. Dr. med. klin. Zürich  
Höptli Universitätsklinik Zürich  
Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. med. dent. Dr. med. klin. Zürich

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 16 913 / 2024 du 31/01/2024

Nom patient : **EL YOUSFI SAMIR**

Entrée 31/01/2024

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 31/01/2024

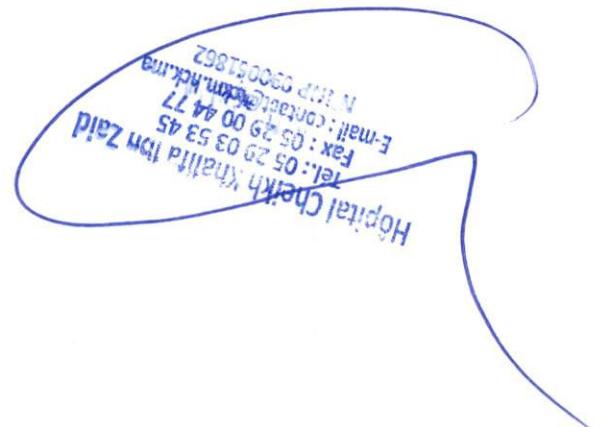
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE DERMATOLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00



## HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## CASABLANCA

## Reçu de caisse

N°: 24013114250627601 / 2 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAÏD

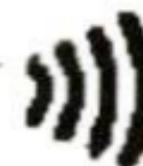
Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400822102	EL YOUSFI SAMIR	31/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	6541 .	300,00
PAYANT	Total payé	300,00

Reçu établi par : GHI.SEL



SANS CONTACT



31/01/24 14:23:11  
9900398075  
93980701  
HOP CHEIKH KHALIFA G13  
Casablanca

A0000000031010  
APP : VISA  
xxxxxxxxxxxx8920  
CARTE NATIONALE  
C8C5988564E6D100  
201-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 004  
NUM AUTORISATION : 019006  
STAN : 006541

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT