

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

- 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-829753

19989

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13468 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OVERBI SARA

Date de naissance : 08-01-1995

Adresse : Lot 4 Résidence des app 15 Casablanca

Tél : 06 39869 134 Total des frais engagés : 575 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements à la protection 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-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
15/02/2024		25	360.00	INP : 
16/02/2024				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
16.01.2024  Pharmacie TILILA Vois d'aménagement H.H 27 N°H Hay Laymoune, Casablanca Tél: 0522 938 684 - Fax: 0693 676 000 ICE: 001551266000078 INPE: 022071576	15/02/2024	27 N°H GSM: 0636 676 000 ICE: 0636 676 000 INPE: 022071576

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

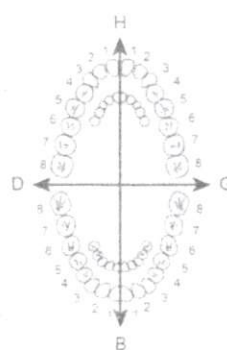
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D	H	G
	25533410 20000000 35533411	21433553 00000000 11433553
B		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse		
DATE DU DEVIS		
DATE DE L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



وصفة طبية
Ordonnance

1502.2024

Casablanca, le :

El Ouabifoua

275,00

Immel 50



4p + 3j 3mois

PHARMACIE TILILA
Vois d'aménagement H.H 27 N°H
Hay Laymoune, Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 938 684 - Gsm: 0693 676 000
ICE: 001554566000078
INPE: 092071976

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pl. Abdou Mouctar ALLAOUI ABIRE
Médicine Interne

011250594

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé

Boîte de 100

AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ

PPV: 275,00 DH

Distribué par Laboratoires

SOTHEMA BOUSKOURA

Sous licence des laboratoires ASPEN



6 118001 071456

Imurel® 50 mg – comprimé pelliculé



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - Liste I.

Médicament autorisé n°



6 091403 26

LIRE ATTENTIVEMENT

Tenir hors de la

® 50 mg

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2402150919421240. / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400831222	EL OUERBI SARA	15/02/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1897	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : IMAJAF



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 25.959 / 2024 du 15/02/2024

Nom patient : EL OUERBI SARA

Entrée 15/02/2024

*Prise en charge : PAYANTS

Sortie 15/02/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE MEDECINE INTERNE	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	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Consultation Chirurgie



مركز النقديات

ACHAT

15/02/24

09:19:01

9900964900

99649001

HOP CHEIKH KHALIFA M2

Casablanca

A0000000041010

*****1032

DEBIT MASTERCARD

CARTE LOCALE

220-0-9999-1-55

MONTANT :

300.00 MAD

Num Transaction

: 003

Num Autorisation

: 467306

STAN

: 001897

TICKET CLIENT