

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.

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

M22- 0042873

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6847 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BAHAFID NAJADDINE
 Date de naissance : 01/01/1965
 Adresse : Rabat
 Tél. : 0668172990 Total des frais engagés : 201,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 02/01/2024
 Nom et prénom du malade : Bahafid Najadine Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : 02 ALD
 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 : Casablanca Le : 03/01/2024
 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
11/3/24			69	

Pr BOUJAZA MOHAMED
 Professeur Agrégé - Chef de service - Ophtalmologie
 131205684

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur :  Date : 11-03-24 Montant de la Facture : 201,00

INPE : 092023860

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 : AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

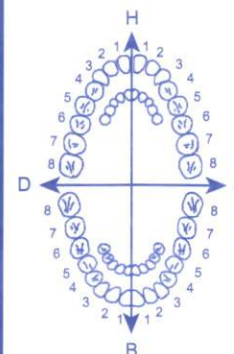
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 :



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

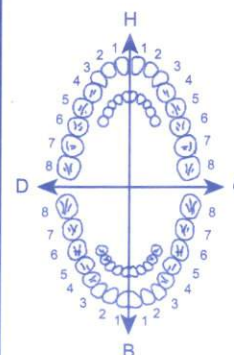
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D 00000000 00000000 G
 35533411 11433553
 B

(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

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

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr BOUAZZA MOHAMED
Professeur Agrégé - Chef de service Ophtalmologie
131205684

Casablanca, le : 11/03/2024

PPV: 19,40 DH



2400846794 / H0124006430

Prénom : NOURDDINE

Nom : BAHAFID

DDN : 01/01/1965 E: 11/03/2024

Service : HDJ CHIRURGIE 2 (NA)

FAR
Sexe: M

24.60
1) Frakidex, collyre
1 gtt x 4 / j OD^r pdr 15;

19.40
2) Frakidex, pommade
à app/j le soir OD^r pdr 15;

18.70
3) Thealose
1 gtt x 4 / j ODG pdr
Plasement oculaire

FRAXIDEX
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
ANM N°18/16 DMP/21/NRO
61180012/0118
PPV : 24,60 DHS
LOT / الملاحظة
FAB / تاريخ الصنع
EXP / تاريخ انتهاء الصلاحية
H9644
04 - 2025
03 - 2025

66672



Distribué au Maroc par :
LABORATOIRES SOFHEMAT
SOFHEMAT
H0007451-1-204
PPV : 18,70 DHS
5 633000 270299 5



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr BOUAZZA MOHAMED
Professeur Agrégé - Chef de service Ophtalmologie
131205684

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 22408, 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