

# 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **10335**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **NEGRAOUI AZZEDINE**

**201390**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06 07 15 60 46**

Total des frais engagés : **11464,92 DH**

Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : **03/04/2014**

Nom et prénom du malade : **NEGRAOUI AZZEDINE** Age :

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 - 03/04/2014** Le : ..... / ..... / .....

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
03/03/2024		3	300 Dh	 Hôpital Universitaire International Cheikh A. Ben Abdellah Professeur / Chef de service Médecine Interne Infectieuse et Chirurgie Date : 29/03/2024

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie H. RAJA Directeur : Hicham ABOU TAKA 425, Bd M. Ben Youssef, 3 <sup>me</sup> Etg. Casablanca Tél : 0522 81 59 36	26/03/2024	465,00
	31/03/2024	634,92

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Laboratoire Dr. BULTAN Dr. Mohammed YOUSSEF BEN JELLOUN 425, Bd M. Ben Youssef, 3 <sup>me</sup> Etg. Casablanca Tél : 0522 81 59 36	03/04/2024	11300	65,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

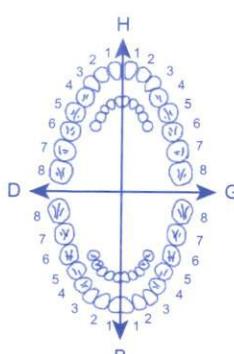
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Montants des soins
H	25533412   21433552	
D	00000000   00000000	
B	00000000   00000000	
G	35533411   11433553	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

31/11/2024.



Mr. NEGRADOU Béni Hocine  
501,00



1/ Cidominal 800 mg

31,90 1 x 3 p/5/ja Ni



2/ Cidominal 50% cream

94,00 1 applicator 2 x 1/2 x 50

3/ Vitamag 150

PPC  
94.00 Dhs

1634,90 1 x 1/2 x 150

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Pr CHAKIB ABDELFATTAH

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casablanca, Maroc  
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 24/7/ +212 608 873 367

Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 088 666 • [www.huick.ma](http://www.huick.ma)

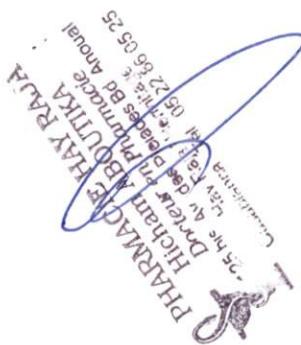
091029975

de 261.03124

Mr. NEGRAONI AZZ



465,00            Alberto Stogmann





## وصفة طيبة

## Ordonnance

Casablanca, le :

3/4/2024

Mr. NEGRONI Agostino

25

Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur / Chef de Service  
Medecine Interne Infectieuse et Chek up  
CHAKIB ABDELFATAH  
1029975

**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**

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN

425, bd Mohamed VI, 3ét Derb Elkabir

05.22.83.62.08 – 05.22.82.33.46

**FACTURE N : 240400055**



093002772

Casablanca le 03-04-2024

Mr Azzedine NEGRAOUI

Demande N° 2404030024

Date de l'examen : 03-04-2024

Coefficient : 1,10

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Total
PSA	Prélèvement sang adulte	E25	25.00 MAD
B223	Vitesse de sédimentation	B30	40.20 MAD
			<b>Total 65.20 MAD</b>

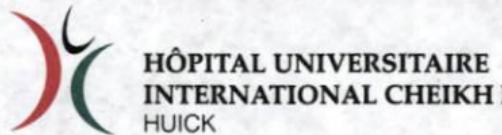
Total des B : 30

TOTAL DOSSIER : 65DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : soixante-cinq dirhams

LABORATOIRE DERB SULTAN  
Dr. Mohamed VI, 3ét Derb Elkabir  
05.22.83.62.08 – 05.22.82.33.46  
Tél. 0522 81 59 36  
Casablanca 08

ICE : 001539203000005 / INP : 093002772 / I.F : 44601910



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

Date : 23/04/2014

**Quittance - Paiement espèces 0871963**

**IPP :** .....

**N° D'admission :** ..... 10160 **Montant :** ..... 300,-

**Patient :** ..... NGOMA S. ANGOLIVE

**Payé par :** ..... le 3





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

Date : 23/04/2014

**Quittance - Paiement espèces 0871963**

**IPP :** .....

**N° D'admission :** ..... **Montant :** .....

**Patient :** .....

**Payé par :** .....

**Cachet**

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

Date : 03/04/2024

Numéro : 53 444



090061862



Nom patient : NEGRAOUI AZZEDINE

Médecin : PR. CHAKIB ABDELFATTAH  
*Médecine interne*

2400858718

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE MEDECINE INTERNE	300,00

Total 300,00

*Arrêtée la présente à la somme de :*  
TROIS CENTS DIRHAMS



Enregistré le : 03-04-2024 13:28

Prélevé le : 03-04-2024

Édité le : 03-04-2024

Mr NEGRAOUI Azzedine

Né(e) le : 17-05-1959

Sexe : M

Réf : 2404030024

Prescripteur: Dr ABDELFATTAH CHAKIB Tél : 06.61.42.91.64

Correspondant : Fax :

## HEMATOCYTOLOGIE

### **VITESSE DE SEDIMENTATION**

28-12-2023

VS 1ère heure

27 mm

(4-8)

107

VS 2ième heure

57 mm

(8-14)

120

LABORATOIRE DERB SULTAN  
Analyse Médicale  
Dr. Mohammed TOUIMI BEN JELLOUN  
425, Bd. Mohamed VI (3ème étage) - Casablanca - Tél. / Urgences : 05 22 81 59 36 - Fax : 05 22 81 59 40 - E-mail : labm.derbsultan@gmail.com  
Tél : 0522 81 59 36

Page 1 sur 1