

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

N° W19-505543

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10308 Société : R A M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bougaddou Fatima

Date de naissance : 06/10/1989

Adresse : Lot Affrédous GHAA IAB 8 Elige 2 Apt 7 06060

Tél : 0602 46 7656

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/01/2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Asthme

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

Signature de l'adhérent(e) : ACQUEL SIEGE RAM 10/03/2020



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'exécution des Actes
28/01/20				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/01/20	749.60

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
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 canaux, 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																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25539412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25539412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25539412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir boudiaoui - oum rochas
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

100µg par dose Pâte p/inh
Flacon de 120 doses
10314 DMP/21/MRO P.P.V.: 243,00 DH
6 118001 020928

HAYM
JAN-19
DEC-20

Casablanca, le :

Lot :

Per :

PPV :

Lot :

Per :

PPV :

36,20

36,20

36,20

Hôpital Universitaire International Che
M. DE C. H.
Professeur de Pédiatrie Directeur
101 189 254

Ro fik A

Symbicort 100

84,50 1 aspiration x 2/1 C.M.
x 3 jours

25,00 Skema Neg - Bouche
36,20 x 2/1 Jours 80% de NG

58,40 (5ml) / 1 à 10

Solupne 3 x 3 jours

342/1 x 3 jours le
note

PHARMACIE OUM ERRABII
Dr. A. BIDA
49 Boulevard OUM ERRABII HAY EL HASSANI, EL OULFA
CASABLANCA - Tél: +212 529 004 466 - Fax: +212 529 038 868 • www.hck.ma

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

MS-2
5)

Analys



Spul Nasale li le
Sout à 25th apr
Sint, du 1/2

5)

Vento line @ Butavent

2 B x 4/1 x 0.7

38190 x 2
6)

Amoxil 50



1 cream x 3/1 x 0.8

maphar
Z. Zaneta Al-Sagheh, Casablanca, Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V. : 73.50 DH
6118001181193

LOT: P09678
Exp 04/2022

PHARMACIE OUM ERRABII

Dr. Jean BIDAH

Dr. Bidah: J OUM ERRABII HAY MASSANI, EL OUBA
CASABLANCA - T.E: 05 22 90 20 72 - Fax: 05 22 90 12 66

Hopital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa
Medecin
Professeur de pediatrie Directeur de specialite
DINI Mousha



73.50

7)

Forlax

1/2 sachet (1 x 1 mes

PHARMACIE OUM ERRABII

Dr. Bidah: J OUM ERRABII HAY MASSANI, EL OUBA
CASABLANCA - T.E: 05 22 90 20 72 - Fax: 05 22 90 12 66

Hopital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa
Medecin
Professeur de pediatrie Directeur de specialite
DINI Mousha

104109254

Hopital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa
Medecin
Professeur de pediatrie Directeur de specialite
DINI Mousha



749.60

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

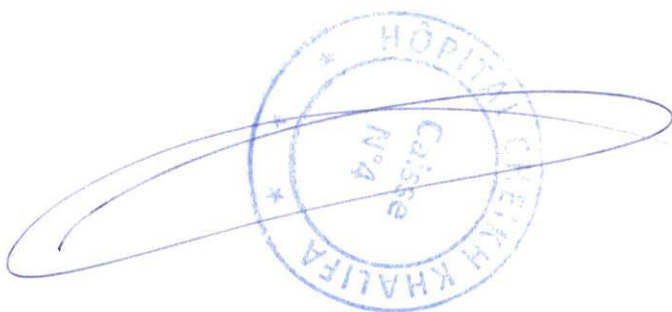
MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2001280957582750 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000175157	RAFIK ARIJ	28/01/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	14567	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ZAH.MOU



S8,40

Solupred® 20mg

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115,00 DH
ID: 635409
6 118001 142262
DOSES PRESCR
jument sans ordon

بوصفة طبية فقط
احترام الجرعات الموصوفة
PPV: 38,90 DH
LOT: 612788
PER: 08/2022

PPV: 38,90 DH
LOT: 614317
PER: 08/2022