

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse 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

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

N° P19- 065211

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774 Société : 27.239  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BEN YAHIA ABDERRABBIT  
Date de naissance : 1949  
Adresse : 186 LTS FLORIDA - Sidi MABROUF  
CASABLANCA  
Tél. : 0665200386 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Blaise Allergic & Asth  
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 : 10 / 05 / 20  
Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-065211

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 00774  
Nom de l'adhérent(e) : BEN YAHIA  
Total des frais engagés : DH 1067,00  
Date de dépôt :



# 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
01/04/2012	Consultation		300	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham Pharmacie RAB13 173, Bd. El Miraa Lot Errabii BERRECHID - Tél.: 0522 33 69 00	08/04/2012	867,55

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

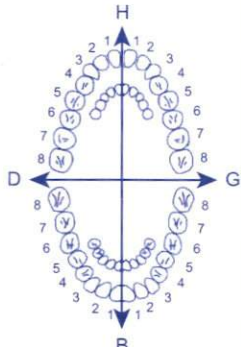
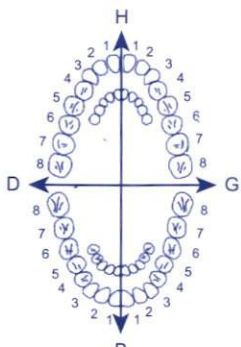
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</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> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

**OROXYI®**

Promoplus Pharma

PPC = 79,00 DH

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة  
علاج تكون بحث



LOT 192542

EXP 11 2023

PPV 90 50

99,50

Casablanca, 18

Lot 192542  
Etabli  
133 69 00

# وصفة طبية Ordonnance

28/4/2022

BONYAHIA ARBERLAIE

338,00

① SENATIDE 100 Disla 75

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 338,00 DH  
ID : 637437  
118001141111

1 Boite x 21

92,50

② XYZAL 10

NS

1 cp /

026419 042  
PPV 155,00 DH  
755,00

119,00

③ AVAMYS

NS

2 pulvérisations a niveau  
d chop marine x 1 jour

**RHINOLAYA**  
Spray Nasal 100ml  
Ut av :  
Déc / 2021  
Lot : 90066  
PPC : 89,50 DH  
MEDIPRO PHARMA

89,50

④ RHINOLAYA : (avant l'Avamys)

NS

2 pulvérisations en niveau

chop marine (à utiliser avant l'Avamys)

⑤ OROXYL : spray nasal

NS

2 pulvérisations x 3

155,00

⑥ IPPISIN 207,10 à je x 7

NS

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

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

867,00

Hôpital Cheikh Khalifa Mohammed  
HERRAG Mohammed  
neumologue - Allergologie



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID


## F A C T U R E

N° : 43290 / 2020 du 28/04/2020

Nom patient	BENYAHIA ABDERRAFIE	Entrée	28/04/2020
	PAYANTS	Sortie	28/04/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation de pneumologie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

  
 Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel : 05 29 83 53 45  
 Fax : 05 29 09 44 77  
 Email : contact@icm.hok.ma  
 N° INP : 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date 28.12.16

Quittance - Paiement espèces

0474649

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 300DH

Patient : Benyahia AB derafie

Cachet

