

# 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.

## Biologie 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

Nº P19- 065211

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774

Société : 87-239

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN YAHIA ABDELLAH

Date de naissance : 1949

Adresse : 186 LIS FLORIDA - Sidi marruef  
Casablanca

Tél. : 00665200316 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 : Bliti alligip + Ashto

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 : 10/01/2008

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº 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 116700  
Date de dépôt : .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes
29/03/2000	Acte de vente

Page: 6 | FAX: 619-500-0618

mail.com SING OLY

100% 

.....|.....

None

mbre et  
fficient

## Montant détaillé des Honoraires

Cachet et signature du Médecin  
attestant le Recouvrement des Actes

300+

Hôpital Saint-Louis  
Pr. HERRAGEN  
Pneumologie - A

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham <b>Pharmacie RABIS</b> 173, Bd. El Miraâ Lot Errabia BERRECHID - Tél.: 0522 33 69 00	28/04/2020	863723

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

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

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

#### **Important :**

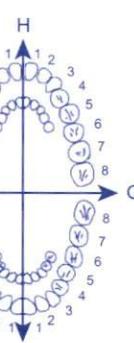
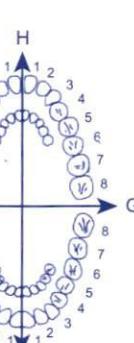
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de la

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	
H                            G	
25533412 00000000	21433552 00000000
D                            G	00000000      00000000
00000000 35533411	11433553
B	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

**OROXYL®**  
Promoplus Pharma  
PPC = 79,00 DH

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة  
عاج تكون بعث

LOT 192542  
EXP 11 2023  
PPV 90 50  
**9050**

Casablanca, le

RABAT  
Higham  
El Erabil  
62336900

وصفة طبية  
**Ordonnance**

28/4/2023

BONYAHIA ARABNAFIE

338,00

① SENESTIDE 10 mg

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 338,00 DH  
ID : 637437  
6 118001 141111

1 ampoule x 2 ml

7S

92,00

② XYZAL 10 mg

1 ampoule

NS

026419 042  
PPV 155,00 DH  
**155,00**

2 ampoules

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

115,00

③ AVAMYS

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 115,00 DH  
ID : 637121  
6 118001 142262

2 poudressets à naso  
à chevauchement

à chevauchement et 1 nasal

89,00

④ RHINOLAYA (avant l'AVAMYS)

— 2 pulvérisations au niveau du

cheveu nasal (à utiliser avant l'AVAMYS)

79,00

⑤ OROXYL spray nasal

2 pulvérisations x 3 ml

7S

115,00

⑥ IPPSIN 20 mg à jeun

2 pulvérisations x 3 ml

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr HERRAG Mohammed  
Pneumologie - Allergologie

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

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

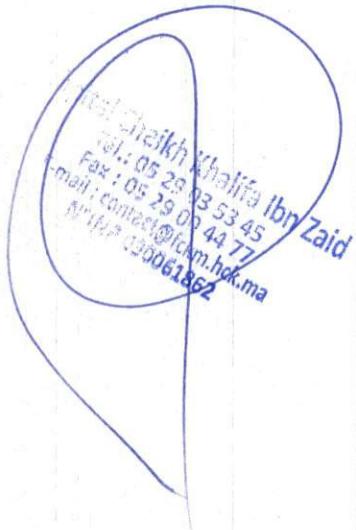
~~827,00~~

# 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	<i>Sous-Total</i>
<b>Total Clinique</b>					<b>300,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS			<b>Total</b>	<b>300,00</b>	



Date : 28.10.16

Quittance - Paiement espèces

0474649

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 30.00 DH

Patient : ..... Benyahia A.Bderafie .....

Cachet



