

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

N° W19-489075

W19-
31437

31437

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 19592	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Boujem SAAD			
Date de naissance : 17/06/1987			
Adresse : Dmng Apt 2 RIAD ALMAJD HAY EL FATH RABAT			
Tél. : 0669 16 59 45 Total des frais engagés : 1831,44 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
MÉDECIN URGENTISTE Service des Urgences Hôpital Cheikh Zaid - Rabat			
Date de consultation : 13/01/2011			
Nom et prénom du malade : Boujem			
Age: 25 JEN. 2020			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Influenza akhous			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 10 JUIN 2011			
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 : RABAT Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Signature of the subscriber:

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
12/11/13	Cr on		435,09	INP : [REDACTED]
				Médecin urgentiste Service de la Chaine d'assistance

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>SH</i>	<i>12/11/2019</i>	<i>280,00</i> <i>110,40</i> <i>7336,40</i>

ANALYSES - RADIographies			
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
		A M	P C	I M	I V	

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.				
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>				
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				



Rabat, le : 12/11/19.

Docteur :

Hôpital Cheikh Zaid		CLIENTS PAYANTS
DI :	2 383 718	
IPP :	1 057 645	
U190019239		
BOULAM SAAD		
Sexe : M	Nais : 17/06/1987	
Entrée : 12/11/2019	Age : 32ans	

116,40 - Flacon 800
- 140,00 x 2 - Metro
- 800 - 140,00 x 2 - Metro
- 280,00 - Recharge

T 396,40

Pharmacie AL FADILA
FADILAH MEDICAL
Cheik Zaid - Rabat - Casablanca
Rabat - Phosphate - Sidi Abdellah

Medecin Urgentiste
Service des Urgences
Hospital Cheikh Zaid - Rabat

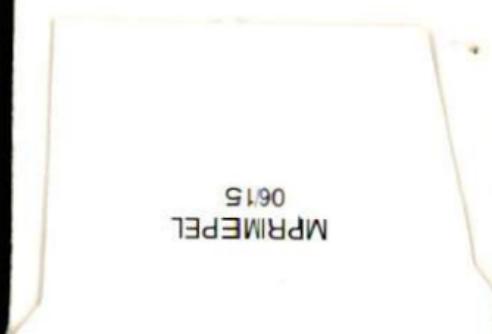
FORMULE - FORMULA:
Fluclodoxacilline 500 mg
(sous forme de sel solide)
monohydrate)
Excipient q.s.p. 1 gélule

Cette boîte contient
12 g de Fluclodoxacilline
This box contains 12 g
of Fluclodoxacilline

A conserver à l'abri de la chaleur et
de l'humidité
To be kept away from heat and
damp

NE PAS LAISSEZ A LA PORTE
DES ENFANTS

AMM N° 1062 DMP/21



24



500

Fluclodoxacilline

Fluoxam®

®

PPV 1160H40 LOT 94073 2
EXP 06/2021

FLOXAM®

500 mg capsules

Indications: MEBO est utilisé pour le traitement de tous les types de brûlures, de lésions traumatiques ou infectées, d'ulcères des jambes et de la peau. MEBO rend à la peau son état naturel. **Comment l'utiliser?** Etendre une couche d'un mm d'épaisseur sur la plaie et répéter cette application toutes les 4 heures après avoir essuyé soi de pommade et de liquide avec un mouchoir en papier doux ou un morceau de gaze; Lire la notice intérieures pour les instructions détaillées. Tenir hors de la portée des enfants.

Conserver à des températures inférieures à 25°C.

AMM: 1584DMP/21/NNP

Distribué par les: Laboratoires Novopharma,
Z.I.I2, Tit Mellil, Casablanca. A. Faidi, Pharmacien Res,

NOVOPHARMA	LOT
140.00	



جبل طارق - ٠٢٥٣٧٦٤٣٣٣ / ٢٢٢٢٢٢٢٢

٣٠ - ملء
الطباطبائي

B. No. : 0695
MFG. : 06 2019
EXP. : 06 2024

Indications: MEBO est utilisé pour le traitement de tous les types de brûlures, de lésions traumatiques ou infectées, d'ulcères des jambes et de la peau. MEBO rend à la peau son état naturel. **Comment l'utiliser?** Etendre une couche d'un mm d'épaisseur sur la plaie et répéter cette application toutes les 4 heures après avoir essuyé soi de pommade et de liquide avec un mouchoir en papier doux ou un morceau de gaze; Lire la notice intérieures pour les instructions détaillées. Tenir hors de la portée des enfants.

Conserver à des températures inférieures à 25°C.

AMM: 1584DMP/21/NNP

Distribué par les: Laboratoires Novopharma,
Z.I.I2, Tit Mellil, Casablanca. A. Faidi, Pharmacien Res,

NOVOPHARMA	LOT
140.00	



جبل طارق - ٠٢٥٣٧٦٤٣٣٣ / ٢٢٢٢٢٢٢٢

٣٠ - مللي متر
جبل طارق

B. No. : 0695
MFG. : 06 2019
EXP. : 06 2024

Royaume du Maroc



المملكة المغربية

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International

مستشفى الشيخ زايد
مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Quittance N°
2 102 139

IPP : 1 057 645 N° de dossier : U190019239

DI : 2 383 718

Patient : BOULAM SAAD

Montant : 435,04 Dh (quatre cent trente-cinq et 04 / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 12/11/2019

Description :

Medecin :

Motif :

Paiement effectué à la URGENCE CAISSE

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.



Cachet du caissier :

N 1503787



N° DE FACTURE : 2019/P/142955
 IPP : 1057645
 N ° DOSSIER : U190019239
 NOM & PRENOM : BOULAM SAAD

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS
 DATE ENTREE : 12/11/2019
 DATE SORTIE : 12/11/2019
 DATE FACTURATION : 12/11/2019

FACTURE

	DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES				
CONSULTATION GARDE (URG)		350,00	1,00	350,00
TOTAL ACTES : 350,00				
PHARMACIE				85,04



Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cent trente-cinq et 04 / 100

TOTAL FACTURE	435,04
TOTAL ENCAISSEMENT	435,04
SOLDE	0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

Page 1 sur 2



LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2019/P/142955
 IPP : 1057645
 N ° DOSSIER : U190019239
 NOM & PRENOM : BOULAM SAAD

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS
 DATE ENTREE : 12/11/2019
 DATE SORTIE : 12/11/2019
 DATE FACTURATION : 12/11/2019

DESIGNATION DES PRESTATIONS		PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES				
CONSULTATION GARDE (URG)		350,00	1,00	350,00
TOTAL ACTES : 350,00				
PHARMACIE				
PHARMACIE				85,04
TOTAL PHARMACIE : 85,04				
Honoraires Medecins				
IRAQI MOHAMED ALI				
CONSULTATION GARDE (URG)		250,00	1,00	250,00
TOTAL IRAQI MOHAMED ALI : 250,00				
TOTAL Honoraires : 250,00				
Detail Pharmacie				
Description article		Prix u.	Quantite	Total
Autre				
SODIUM CHL 500ML P 0.9% GENER SANTE SOL MAS (01)		20,50	1,00	20,50
BANDE DE CREPE 10CM /4M HARTMAN (001)		13,00	1,00	13,00
URGOTUL 10*10 1270F (010)		23,16	2,00	46,32
COMPRESSE STER 10X10 S/5 12P STERIFIL (001)		2,61	2,00	5,22
TOTAL Autre : 85,04				
TOTAL : 85,04				
Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cent trente-cinq et 04 / 100		Total général :		435,04
Total encaissement :	435,04	Solde		0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD