

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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 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

M22- 0012725

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3475 Société : 138315  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KHADDIJI Choukri  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26.09.2022  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Cardiaque  
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 :  
Signature de l'adhérent(e) :  
Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
26/09/22			300 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE EL KHALIL Dr. Hoda OUALALAM MEDECIN BIOLOGISTE 252 Bd El Khalil, Hay My Abdellah Ain Chock - Z 05 22 52 62 52 - 05 22 21 10 90	26/09/22	B8	100 DH

# 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 :

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																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Date du prélèvement : 26-09-2022

Code patient : 1903210050

Né(e) le : 01-01-1925 (97 ans)



Mme Chaibia KHADDIOUI

Dossier N° : 2209260136

Prescripteur : HODA ALAMI

## HEMOSTASE

### Bilan d'hémostase: TP

Temps de Quick Patient:

(Technique Chronométrique STAGO)

16,0 sec.

Temps de Quick Témoin:

13,0 sec.

Taux de Prothrombine (TP)

66 %

(70-120)

INR :

Résultat contrôlé

1,34

### Bilan d'hémostase: TCK

TCK Temps patient

(Technique Chronométrique STAGO)

30,0 sec.

TCK Temps témoin

30,0 sec.

TCK Ratio patient/témoin

1,00

(<1,20)

Validé par : Dr Hoda OUALI ALAMI

LABORATOIRE EL KHALIL

Dr. Hoda OUALI ALAMI

MEDECIN BIOLOGISTE

252, Bd El Khalil Hay

My Abdellah Ain Chock - HS

Fix : 05 22 52 62 52 - 05 22 21 10 90





مختبر الخليل للتحليلات الطبية و البيولوجية

LABORATOIRE EL KHALIL D'Analyses Médicales et Biologiques

Biochimie - Bactériologie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Oncologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie - Spermiologie

Dr. Hoda OUALI ALAMI

Médecin Biologiste  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

د. هدى الوالي العلمي

INPE :



093061166

**FACTURE N° : 2209260136**

Casablanca le 26-09-2022

**Mme Chaibia KHADDIOUI**

Demande N° 2209260136

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
0236	Taux de prothrombine	B40	B
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B

Total des **B** : 80

Total des **E** : 0.00

TOTAL DOSSIER : 100.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : **cent dirhams**

LABORATOIRE EL KHALIL  
Dr. Hoda OUALI ALAMI  
MÉDECIN BIOLOGISTE  
252, Bd El Khalil, Hay  
My Abdellah Ain Chock - 2K  
Fix : 05 22 52 62 52 - 05 22 21 10 90

252, Bd. EL KHALIL , Hay My Abdellah, Ain Chok, Casablanca- Tél : 0522526252 / FAX:  
0522211090

E-Mail : [labo.elkhalil@gmail.com](mailto:labo.elkhalil@gmail.com) - Patente N : 34046060 - I.F.N : 15214903 - CNSS : 4204096

ICE : 001603906000091



# مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)

05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : [cliniqueachifaa@menara.ma](mailto:cliniqueachifaa@menara.ma)

Docteur :

Casablanca, le : 26/09/22

M K HADDIoui Chaïbia

- T P. T C K

LABORATOIRE EL KHALIL  
Dr. Hoda OUALI ALAMI  
MEDECIN BIOLOGISTE  
252. Bd El Khalil, Hay  
My Abdellah Ain Chock - zk  
Fix : 05 22 52 62 52 - 05 22 21 10 90