

# 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.
- Le 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 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

146139

**Déclaration de Maladie : N° S19-0049952**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11051 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ARISS HASSANE Date de naissance : 01/03/78

Adresse :

Tél. : 06.61.34.56.25 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/11/2022

Nom et prénom du malade : MR ARISS HASSANE

Age : 54 ans

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cervicalgie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

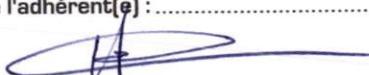
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
22/11/2022	Chirurgie	1	30000	MM
22/11/2022	Chirurgie	1	ce	MM

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>HARMACIE</b> Voie d'Aménage 100 Hay Hassani Hay Hassani Tel: 05 22 93 86 84 Fax: 05 22 93 87 17 Tel: 0078 0078 - IF: 4015660 Tel: 0078 0078 - IF: 4015660	22/11/2022	160,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	22/11/22	- Rx Kochi conical E	150,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

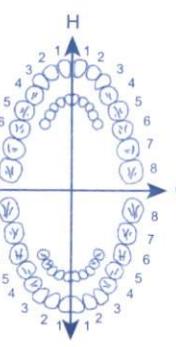
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					
MONTANTS DES SOINS				DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
					
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					
MONTANTS DES SOINS				DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 86DH40  
PER: 03/25  
LOT: L1280-1



P.P.V : \_\_\_\_\_  
LOT : \_\_\_\_\_  
EXP : \_\_\_\_\_

37/00

وصفة طبية

## Ordonnance

21/11/2022

PPV  
LOT  
EXP  
37/00

Dr Anss Hassane

37,00x2

Ⓐ Aethiops



2cp x 3f/j

F/j

86,40

② Dolicox 50mg



1cp x 1f/j

F/j

160,40

PHARMacie TILIA  
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H  
Hay Laymouna - Hay Hassani  
Tel: 05 22 93 86 54 - Fax: 05 22 93 87 15  
ICP: 00150150000076 - N°: 40156000

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : 22/11/2022

Dr Anss Hassane

Rx Rachis

Dr Anss Hassane  
HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL  
CHEIKH KHALIFA BN 2000  
SERVICE RADIOLOGIQUE

CASABLANCA, le 22/11/2022

PATIENT : **ARISS Hassane**

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Rachis cervical**

**Rx DU RACHIS CERVICAL FACE/ FACE BO /PROFIL**

**Résultats :**

- Discrète rectitude du rachis cervical.
- Canal rachidien de calibre normal.
- Respect de la hauteur et de l'alignement vertébral.
- Arthrose inter apophysaire postérieure avec uncarthrose étagée.
- Pincement discal global étagée marquée au niveau C5-C6 et C6-C7
- Parties molles pré vertébrales d'épaisseur normale.
- Absence d'anomalie au niveau des apex pulmonaires.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr KASSIMI-Dr ABDOUNRAZAK**

Dr KASSIMI Mariam  
Médecin - Gynéco  
Radiologie  
Dr ABDOUNRAZAK

**Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid**

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,  
BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

[www.hck.fckm.ma](http://www.hck.fckm.ma)

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 154 307 / 2022 du 22/11/2022

Nom patient : ARISS HASSANE

Entrée 22/11/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 22/11/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DU RACHIS CERVICAL DE FACE	1,00		180,00 Sous-Total	180,00 180,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>180,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

**Total 180,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	180,00	180,00	0,00

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL  
CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
SERVICE RADICLOGIE

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 154 252 / 2022 du 22/11/2022

Nom patient : **ARISS HASSANE**

Entrée 22/11/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 22/11/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE RHUMATOLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300,00**

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		300,00		300,00	0,00



## HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 221122151853SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200597079	ARISS HASSANE	22/11/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	9993 .	300,00
	<b>Total payé</b>	<b>300,00</b>

Reçu établi par SAR.SL4

mai: conneCt@0000000000000000  
fax: 05 29 00 41 71  
tel: 05 29 00 41 71  
sai: C:\inet\Kunihiko\mai  
date: 2003-03-28  
time: 10:23:16

