

## 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

- 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

N° W21-793375

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12306 Société : RAS  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL TRABET FOUAD  
 Date de naissance : 04/12/1983  
 Adresse : 17 CASAGREEN TOWN BOUSKOURA  
 Tél. : 0661068887 Total des frais engagés : 700,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/03/2023  
 Nom et prénom du malade : EL TRABET FOUAD Age : 38  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Douleurs inguinale droite  
 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 28/04/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

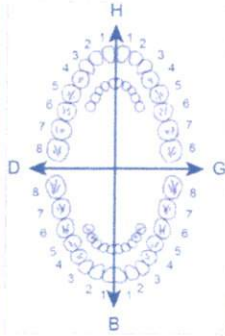
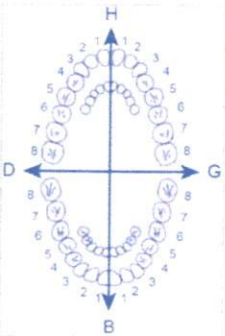


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30/03/2023	C		300,00	INP Hôpital Universitaire International Cheikh Khatia Pr. FAGIL Abdelaziz Chirurgie Générale Directeur de Spécialité en Chirurgie Générale 91027409

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
	30/03/23	radiographie in guise	400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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 <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														

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : 30/03/2023.

Patient âgé de 39 ans, opéré en  
2006 pour appendicectomie, puis  
pour hernie inguinale gauche en  
2021, présente depuis 1 mois des  
douleurs inguinales gauche  
(Côté de la Cure de la Hernie)  
A l'examen douleurs aussi du côté  
droit

Echographie inguinale  
Bilatérale

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. FADIL Abdelaziz  
Chirurgie Générale  
Directeur de spécialité en Chirurgie Générale

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa - Quartier Hôpital Casablanca - Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • [www.hicr.ma](http://www.hicr.ma)



CASABLANCA, le 30/03/2023

PATIENT : EL MRABET FOUAD

IPP : H0121011323

DATE NAISSANCE : 04/12/1983

NUMERO DOSSIER : 2300663569

## ECHOGRAPHIE INGUINALE BILATERALE

Douleur de la fosse iliaque gauche, ATCD d'hernie traitée.

TECHNIQUE : Des coupes échotomographiques ont été réalisées à l'aide d'une sonde de 18 Mhz.

### RESULTATS :

- Absence de défaut de la paroi inguinale à droite comme à gauche.
- Absence de défaut en regard de la cicatrice inguinale gauche, siège d'un petit kyste simple infra-centimétrique.
- Absence d'anomalie par ailleurs.

### CONCLUSION :

- Absence d'hernie inguinale droite ou gauche.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr BENSLIMA**

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur BENSLIMA MALHA  
Professeur Assistant - Radiologie  
091235435





# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 46 856 / 2023 du 30/03/2023

Nom patient : EL MRABET FOUAD

Entrée 30/03/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 30/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE INGUINALE	1,00		400,00 Sous-Total	400,00 400,00
Total Frais Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENTS DIRHAMS	Total 400,00

Encaissements			Carte Bq 400,00		Total encaissé 400,00	Solde 0,00
---------------	--	--	--------------------	--	--------------------------	---------------

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 05 29 00 44 66  
E-mail : www.hck-fckm.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2303301144571242 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300663460	EL MRABET FOUAD	30/03/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1746	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : IMAJAF



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 46 744 / 2023 du 30/03/2023

Nom patient : EL MRABET FOUAD

Entrée 30/03/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 30/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE CHIRURGIE VISCERALE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

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

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00



مركز النقديات

SANS CONTACT



DUPLICATA

30/03/23

11:14:18

9900397952

93979501

HOP CHEIKH KHALIFA G7

Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

465471xxxxxxxx0488

CARTE NATIONALE

9474C6CA5F08AA9A

226-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003

NUM AUTORISATION: 918113

STAN : 001746

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE COMMERCANT