

## 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

- Reclamation : 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Hôpital - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

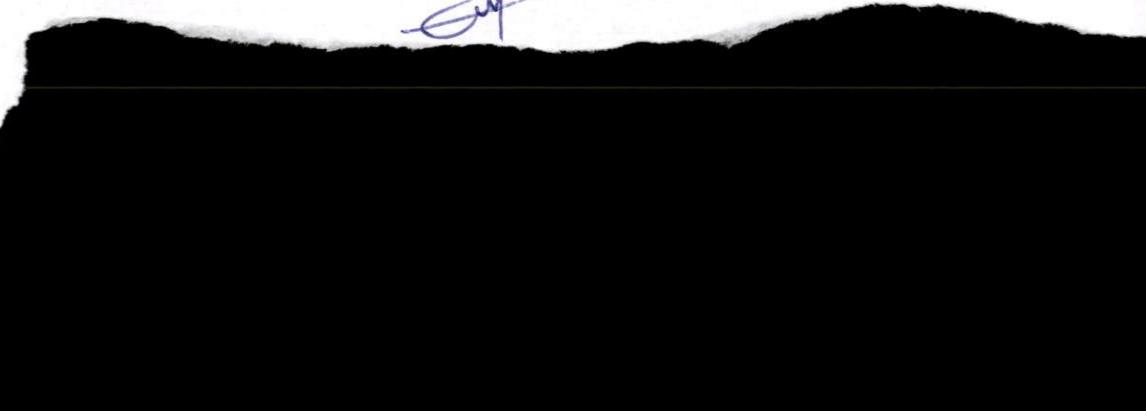
N° W21-809701

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12554	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KABBAJ YOUSSEF			
Date de naissance : 10/04/1980			
Adresse :			
Tél. : 0665305107 Total des frais engagés : 860,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 10/07/2023			
Nom et prénom du malade : KABBAG Youssef Age : 37 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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) : *[Signature]*

Le : 17/07/2023



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/10/77	2023	1	3000	INP

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Dr. Amrani Wafid</p> <p>Docteur en Pharmacie</p> <p>218, Sun Square Almaz, Quartier Almaz, Locade Sud-Ouest - Casablanca</p> <p>52600216 - Patente : 32966029</p> <p>56000072 - CNSS : 4208331</p>	10/07/23	560,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

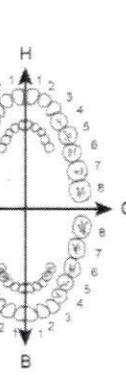
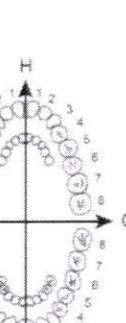
## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### 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.

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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21423552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21423552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21423552																	
	00000000	00000000																	
	<hr/>																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

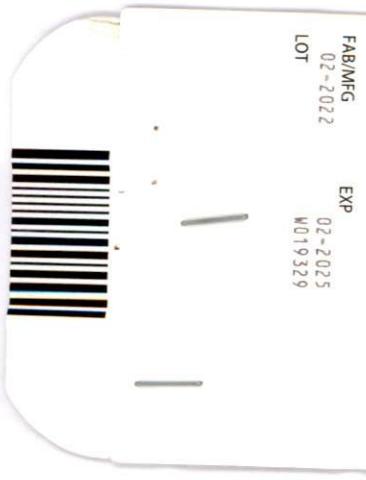
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



REV.: 20/21/2021

Each film-coated tablet contains 90 mg etoricoxib  
Excipients with known effect: lactose monohydrate.  
See leaflet for more information.  
Oral use  
Keep out of the sight and reach of children.  
Read the package leaflet before use.  
Store in original package in order to protect from  
moisture.  
Medicinal product subject to medical prescription.



6 118001 160051  
  
Acroxa 90 mg  
T4 comprimés  
P.P.V.: 268.00 DH  
NAM 53160MP/2/NTD  
Distribué par MS5 Maroc  
1-16162493

PHARMACIE SUN SQUARE ALMAZ SARL  
Dr. Amrani Walid  
Docteur en Pharmacie  
Mag N-218, Sun Square Almaz, Quartier Almaz  
Rocade Sud-Ouest - Casablanca  
IF : 52600216 - Patente : 329600  
ICE : 003107360000072 - CNSS : 42930  
Casablanca

وصفة طبية  
Ordonnance

10.07.23

KaBBaj Youssef

1) 268,00 ARCOxia 90mg



94,00 1f → 10 f

2) Alethio = Relaxo  Myoflex

2ep x3 f → 10 f

3) Nacieptol = Béugay 

560,00 ~~appox 31 f~~

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 10/07/2023

## **BILLET D'ADMISSION**

N° admission	 2300712810
Nom patient	<b>KABBAJ YOUSSEF</b>
Médecin	<b>PR. MOULAY BERKCHI J</b>
Motif	<b>CONSULTATION DE RHUM</b>
Encaissement	300,00
<i>Visa accueil</i> SAR.SLA 12:14	

1600' rheith ian  
1529 00  
1529 00  
1600' ian

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 95 063 / 2023 du 10/07/2023

Nom patient : **KABBAJ YOUSSEF**

Entrée 10/07/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 10/07/2023

	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 :	<b>Total</b>	<b>300,00</b>
TROIS CENTS DIRHAMS		

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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026  
Email: contact@hckm.hnk.ma  
Mobile: 090061862

10/07/23 11:09:28  
HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
CASABLANCA

A0000000031010

VISA

KABBAJ /YOUS MR

481922\*\*\*\*\*7066

02/25 CARTE NATIONALE

220-0-0000-1-44

Num Commerçant : 2220064

Num TPE : 08172121

Num Transaction : 000004

Num Autorisation : 185322

Num STAN : 019152

**MONTANT : 300,00 MAD**

DEBIT

Copie client

LIFA IBN ZAID

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS  
APPELEZ LE 05 22 91 74 74

## Reçu de caisse

N° : 230710121413SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300712810	KABBAJ YOUSSEF	10/07/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	19152	300,00
Total payé		300,00

Reçu établi par :SAR.SLA

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn La  
Tel: +212 29 03 51 45  
Fax: +212 29 00 44 77  
E-mail: contact@ckm.hck.mn  
VAD 090061862