

## 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'Hôtel  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-809701

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12554 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KABBAS YOUSSEF  
 Date de naissance : 10/04/1986  
 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 : Kabbas Youssef

Age : 37 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ 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 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 :

Le : 17/07/2023

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
10/07/23			3000,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SUN SQUARE ALMAZ SARI Dr. Amrani Walid Docteur en Pharmacie 218, Sun Square Almaz, Quartier Almaz, Cocade Sud-Ouest - Casablanca Mag : 52600216 - Patente : 32966079 IF : 5260000072 - CNSS : 42003331	10/07/23	560,00
	INPE:062115449	

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

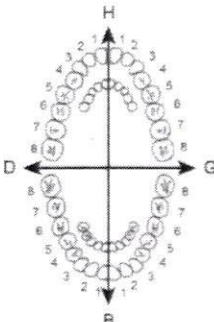
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
		</				

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]

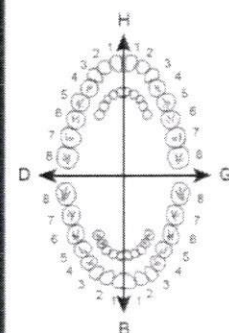
# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D	G	
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
MONTANTS DES SOINS [ ]
DATE DU DEVIS [ ]
DATE DE L'EXECUTION [ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



3881  
6 118001 160051  
Arcoxia 90 mg  
14 comprimés  
P.V. : 266,00 CH  
70042493/  
120916-1  
Distribué par MSD Maroc  
AMM 453/16DM/P/21/NTD

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.

FAB/MFG EXP  
02-2022 02-2025  
LOT M019329



LOT  
PUC: 198.00DH  
C208  
2025-05  
CNK 3259-850  
REV: 2021/1/0



GTIN: 06118001260850  
LOT: 4048  
MFG: 09 2022  
EXP: 09 2025  
PPV: 9404500







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 : 329800000  
ICE : 003107360000072 - CNSS : 429533

وصفة طبية

## Ordonnance

10.09.23

KaBBaj Yasset

1) 268,00  
ARLoxia 90mg



2) 94,00  
Alethio = Relaxo = Mydo flex



3) 198,00  
Nociceptol = Ben gay




560,00



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 10/07/2023

**BILLET D'ADMISSION**

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

*[Handwritten signature and blue circular stamp]*  
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
10/07/2023 12:14



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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Za  
Tel: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 22 89 28 54  
Email: contact@icdm.hak.ma  
N° INP 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

IFA 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  
Tél : 05 29 03 57 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@ickm.hck.ma  
N° : 090061862