

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 071504

198532

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1280 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAYEKH MUSTADHA
Date de naissance : 03/08/1953
Adresse : TASSARA HACSAIA RESHOUA ESCALON 54
DULFA - PARABCANCA
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 01/03/24
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Ischémie critique de la moelle
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 : ELKA Le : 06/03/2024
Signature de l'adhérent(e) :

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
06/03/24			300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

06/03/24

531,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

07/03/24

Eligiph
des frais
supp

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

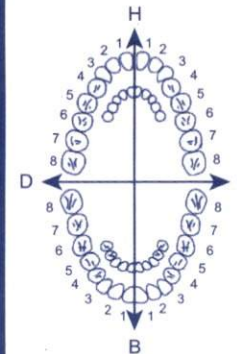
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

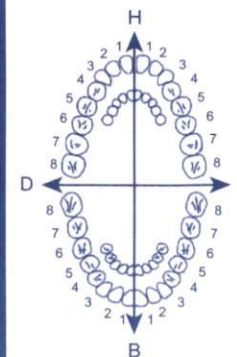
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

06/03/26

M. Mustajla Say.

30,70x6

1/ Randox 75mg

57,80x6

2/ CD-NOK 150mg

531,00

LOT : 23E006
PER : 03/2025
P.P.V : 30DH70
KARDECIG 75MG
SACHETS 830

LOT : 23E006
PER : 03/2025
P.P.V : 30DH70
KARDECIG 75MG
SACHETS 830

LOT : 23E006
PER : 03/2025
P.P.V : 30DH70
KARDECIG 75MG
SACHETS 830

LOT : 23E004
PER : 01/2025
P.P.V : 30DH70
KARDECIG 75MG
SACHETS 830

LOT : 23E007
PER : 03/2025
P.P.V : 30DH70
KARDECIG 75MG
SACHETS 830

LOT : 23E006
PER : 03/2025
P.P.V : 30DH70
KARDECIG 75MG
SACHETS 830

LOT : 230729
EXP : 05/2026
PPV : 57,80DH

LOT : 231286
EXP : 09/2026
PPV : 57,80DH

LOT : 231286
EXP : 09/2026
PPV : 57,80DH

1511
EXP : 10/2026
PPV : 57,80DH

LOT : 231287
EXP : 09/2026
PPV : 57,80DH

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Accuse de Lomkens

d la famille de la

MSP

Un chirurgien TSP et

remani

Conférencier



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

06/03/2024

M. Sayalah Mustapha -

Orthopédiste T&D.

Patient âgé de 71 ans.

F. Dawa: HTA.

ATCD: Arthropathie de MS.

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 39 201 / 2024 du 07/03/2024

Nom patient : SAYEKH MUSTAPHA

Entrée 07/03/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 07/03/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE-DOPPLER DES TRONCS SUPRA-AOR	1,00		900,00	900,00
			Sous-Total	900,00
Total Frais Clinique				900,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	900,00
NEUF CENTS DIRHAMS		

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			900,00		900,00	0,00

hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66
E-mail : radiologie@hckm.ma



CASABLANCA, le 07/03/2024

PATIENT : SAYEKH Mustapha
IPP : 171214092348ME
DATE NAISSANCE : 03/08/1953
NUMERO DOSSIER : 2400844511

ECHODOPPLER DES TSA

Résultat :

- Epaisseur intima-média = 1 mm à droite et 1,2 mm à gauche.
- Surcharge athéromateuse bilatérale étagée diffuse.
- Plaque calcifiée et molle de la carotide commune gauche réduisant la filière vasculaire avec flux démodulés en aval sur l'analyse spectrale, mesurant 5,8 mm d'épaisseur et étendu sur 27 mm de hauteur.
- Absence d'anomalie spectrale des autres vaisseaux.
- Calcifications pariétales des bulbes carotidiens.
- Flux circulant dans le sens physiologique des artères vertébrales.
- Bonne perméabilité des veines jugulaires.
- A noter quelques ganglions infra centimétriques sans valeur pathologique.
- Respect des parties molles.

Conclusion :

Plaque d'athérome calcifiée et molle de l'artère carotide primitive gauche, avec surcharge athéromateuse diffuse bilatérale : Un Angio-scanner des TSA reste souhaitable.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr BERROUYNE - Dr CHERKAOUI**

DR. BERROUYNE ABDELATY
Médecin Radiologue
09 87 06 18 85

