

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07087 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHOUTA Ahmed

Date de naissance : 12/04/1957

Adresse : Residence Al Moutour CASA

Tél. : 0661526440 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... Age : .....

Nom et prénom du malade : ..... Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : Cancer pour

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 : Casab Le : 14/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



## 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
26/02/2024				Hôpital Universitaire International Casablanca Pr SANAA EL MAJJAOUA Radiothérapie
01/03/2024				Hôpital Universitaire International Casablanca Pr SANAA EL MAJJAOUA Radiothérapie

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RIHAB EL MELIANI - FASSI FIHRI 5, Rue Cadi Bakkar Casablanca Tél: 05 22 35 46 85 E-mail : am-habib@orange.fr	26/02/26	16,70

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
09 40 61 1862	04/03/2024	503.05	360,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

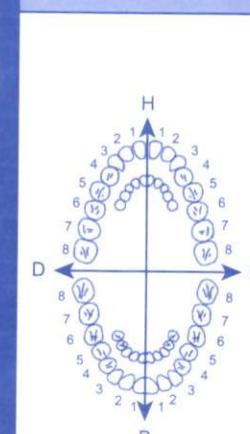
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### 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	CÉEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION				DEBUT D'EXECUTION
FIN D'EXECUTION				FIN D'EXECUTION
CÉEFFICIENT DES TRAVAUX				CÉEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS				DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION

## O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES



## DETERMINATION DU CÉEFFICIENT MASTICATOIRE

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

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le 13/02/24

Compte Rendu

Je soussigne (e) ..... Certifie que Mr/Mme : .....

CHTOVIA Ahmed, est suivie à l'hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Casablanca dans le cadre de prise en charge d'un CANCER DE PULMONAIRE

Pulmonaire localisé

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

Ce certificat est délivré à l'intéressé pour valoir ce que de droit.

Signature  
FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
Pr ISMAILI NABIL  
Directeur de Spécialité - Oncologie  
091176206

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALIDEE UN AN

Code : P1027001  
Personne : 02  
Date : 03/03/2024

FS M23-0034238

Partie réservée à l'adhérent(e) ou ayant droit

Nom et prénom : CHOUTA AHMED

Matricule : 07083

N° CIN : B202562

Adresse : Résidence de Mansour rue Eladi Bekkar  
CASABLANCA

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

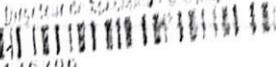
FONDATION CHEIKH KHALIFA BEN ZAYED

N° ICE :

N° INPE :

Pr ISMAÏL HABIB

Certifie que Mlle, Mme, M. :



Nécessitant un traitement d'une durée :

<3 mois

Entre 3 et 6 mois

+ de 6 mois

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Carcinome épithélial pulmonaire Colorectalaire  
confirmé par biopsie.

Dont en joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Etimodolol 500mg ImmunoPhyto  
Radioterapie

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : 13/02/24

Cachet et signature du médecin traitant :

FONDATION CHEIKH KHALIFA BEN ZAYED  
Pr ISMAÏL HABIB  
Directeur de Spécialité : Médecine

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

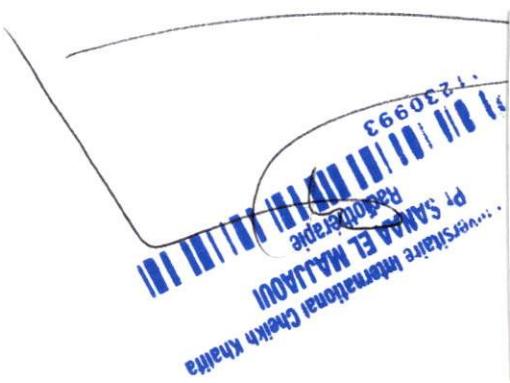
26/02/2024

M<sup>r</sup> O'HOUTA AR<sub>med.</sub>

14.20 TOPPLE xil  
7.50

12m x 3t

**PHARMACIE RIHAR**  
**EL MELIANI PASSI F!!!**  
5, Rue Cadi Bokkar - Casablanca  
Tél: 05 22 25 46 85



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



## وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le : 01/03/2024.

RF CHOUTA AHMED.

Taoun P8A

Laboratoire national de référence  
Tel : 05 29 05 02 33  
Fax : 05 29 05 02 33  
E-mail : labo@fclm.hc.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr SAMAA EL MAJJAOUI  
Radiothérapie  
01230993

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 37 116 / 2024 du 04/03/2024

Nom patient : CHOUTA AHMED

Entrée 04/03/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 04/03/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0300'	360,00 Sous-Total	360,00 360,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>360,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT SOIXANTE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>360,00</b>

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			360,00		360,00	0,00

A handwritten signature is written over a circular stamp. The stamp contains the text "HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID" around the perimeter and "04/03/2024" in the center.



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0124000437

Date de naissance : 12/04/1957

Sexe : M

Date de l'examen : 04/03/2024

Prélevé le : 04/03/2024 à 15:13

Édité le : 08/03/2024 à 12:01

CHOUTA AHMED

Dossier N° : 24030937K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



## MARQUEURS TUMORAUX

PSA TOTAL

: 2.69 ng/ml

<4.0

(Chémiluminescence / Architect Ci4100)

Note : le toucher rectal, le massage prostatique, une biopsie, augmentent transitoirement les taux du PSA

Le 08/03/2024 à 12:01  
Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr YAHYAOUI Anass  
Biologie  
107165797

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical

1 / 1