

# 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.

## Biologie 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

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° P19- 060792

(33156)

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3621 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOURKA ABDELGHANI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-060792

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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.

## Pathologie 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.

## Educations :

- 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.

## Prothèse :

- 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0041491

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3621 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BEURKA ABDELGHANI  
 Date de naissance : 26/10/1960  
 Adresse : 107 LOT WAFIA DELVA  
 Tél. : 0661330889 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 14/02/2020  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Gonarthrose 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 : 15/02/2020  
 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
14/12/2020			300,00	 Dr. AAOUI Sidi Mohamed Traumatologie - Orthopédie 17, Rue de Rome - Agnie 960 2 km Casablanca - Tél.: 05 22 88 51 52

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 APAE ECHO MARIN JACOUMA	14/12/20	262,10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Service Radiologie Hôpital Cheikh Khouillo (JH) 2010 Tél: (+212) 0529 00 44 66 nck-ickm.m	06/12/20	Px de Genou Supplément	180,00 150,00 33,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

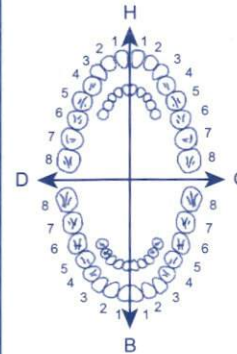
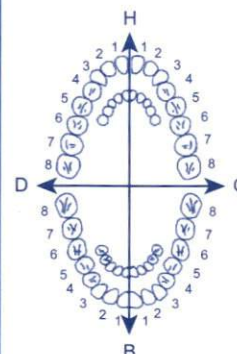
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div>           21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div>           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>		Coefficient	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

**Dr. AZIZ ALAOUI Mohammed**

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie  
Arthroscopie - Prothèses articulaires  
Médecine de Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Toulouse

117, Rue de Rome - Angle Bd. 2 Mars  
2<sup>ème</sup> Etage (Au dessus de INWI) - Casablanca  
Tél.: 05 22.85.51.52 - Fax: 05 22.86.02.11  
E-mail : azizalaouimd59@gmail.com

الدكتور عزيز علوي محمد

أمراض وجراحة العظام والمفاصل  
المفاصل الإصطناعية  
الطب الرياضي  
خريج كلية الطب بتولوز

117، زنقة روما - زاوية شارع 2 مارس  
الطابق الثاني (فوق إنوي) - الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22.85.51.52 - الفاكس: 05 22.86.02.11  
البريد الإلكتروني: azizalaouimd59@gmail.com

Casablanca, le 14-2-2020 في الدار البيضاء

*Mr Rachida  
ZITIOU*

2x 56.30

*M D-CURE Amp*

*2 Amp / 15j 8 fois*

149.50

*M CURARTI Forte*

*1 - 0 - 1 jour*

2x 62.10

دكتور عزيز علوي محمد  
Docteur AZIZ ALAOUI Siel Mohammed  
Traumatologie - Orthopédie  
117, Rue de Rome, Angle Bd. 2 Mars  
Casablanca - Tél. 05 22 85 51 52

En cas d'urgence : Clinique ANOUAL  
14, Rue Zaki Eddine ATTAOUSSE  
Tél. : 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97

في حالة الإستعمال : مصحة أنوال  
14. زنقة زكي الدين الطاوسي  
05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97

PPV : 56,30 DH  
LOT : 19A07/B  
EXP : 01/2021

PPV : 56,30 DH  
LOT : 19A07/B  
EXP : 01/2021

PPC : 149,50 DH

Lot :  
À consommer de  
préférence avant le :



**Dr. AZIZ ALAOUI Mohammed**

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie  
Arthroscopie - Prothèses articulaires  
Médecine de Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Toulouse

117, Rue de Rome - Angle Bd. 2 Mars  
2<sup>ème</sup> Etage (Au dessus de INWI) - Casablanca  
Tél.: 05 22.85.51.52 - Fax: 05 22.86.02.11  
E-mail : azizalaouimd59@gmail.com



الدكتور عزيز علوي محمد

أمراض وجراحة العظام والمفاصل

المفاصل الإصطناعية

الطب الرياضي

خريج كلية الطب بتولوز

117، زنقة روما - زاوية شارع 2 مارس  
الطابق الثاني (فوق إنوي) - الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22.85.51.52 - الفاكس: 05 22.86.02.11  
البريد الإلكتروني: azizalaouimd59@gmail.com

Casablanca, le 14/2/2020 الدار البيضاء في

me. Rachida  
ZITIOU

Rx. Genou DT / FP en  
charge à 30°

De flexion - 30°  
- 90°

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 44 66  
E-mail : www.hck-fckm.ma

دكتور عزيز علوي محمد  
Docteur AZIZ ALAOUI Sidi Mohammed  
Traumatologie - Orthopédie  
117, Rue de Rome Angle Bd. 2 Mars  
Casablanca - Tél.: 05 22 85 51 52

En cas d'urgence : Clinique ANOUAL  
14, Rue Zaki Eddine ATTAOUSSI  
Tél. : 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97

في حالة الاستعجال : مصحة أنوال  
14، زنقة زكي الدين الطاوسي  
الهاتف: 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2003061851250770 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000194529	ZITIOUI RACHIDA	06/03/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	13500	330,00
PAYANT	Total payé	330,00
TROIS CENT TRENTE DIRHAM MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : AIC.GHAZ

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 32 256 / 2020 du 06/03/2020

Nom patient : ZITIOUI RACHIDA

Entrée 06/03/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 06/03/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Radiographie du genou sous une inciden	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographiq	3,00		50,00	150,00
			Sous-Total	330,00
Total Frais Clinique				330,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENT TRENTE DIRHAMS	Total 330,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			330,00		330,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Service Radiologie  
 Tel : (+212) 0529 00 44 44  
 E-mail : www.hck-ickm.ma



Casablanca , le 06/03/2020

PATIENT : ZITIOUI Rachida  
MEDECIN TRAITANT :  
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Genou D F+P**

Absence de lésion osseuse radiologiquement évidente au niveau du squelette du genou.

L'interligne fémoro-tibiale est respectée.

La texture osseuse est radiologiquement normale.

Absence d'anomalie évidente au niveau des parties molles du genou.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MAHI**

Code INPE: 011051430





Casablanca , le 06/03/2020

PATIENT : ZITIOUI Rachida  
MEDECIN TRAITANT :  
EXAMEN(S) REALISE(S) : Rx genou droit en **Incidence axiale**

Absence de lésion osseuse radiologiquement évidente au niveau du squelette du genou.

L'interligne fémoro-patellaire est respectée.

La texture osseuse est radiologiquement normale.

Absence d'anomalie évidente au niveau des parties molles du genou.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MAHI**

Code INPE: 011051430

