

# 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

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- 051986

39168

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11360 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : RACHAD ESSAÏD  
Date de naissance : 1967  
Adresse : Habituel  
Tél. : 066815533 Total des frais engagés : 2498,38 Dhs  
+ 230,00

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
Age :  
Fait à : Casablanca Le : 05/09/2020

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 Signature de l'adhérent(e) : Le : 05/09/2020



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/09/2020      | Vaccin            | 1                     | 24.181,39                       |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 05/09/2020 | 24.181,39             |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|   | 09/09/2020 | Rx du poignet - Supplément   | 230,00                 |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

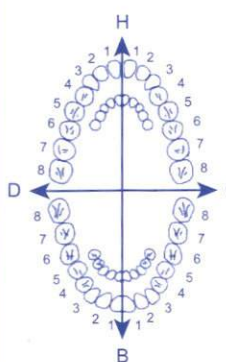
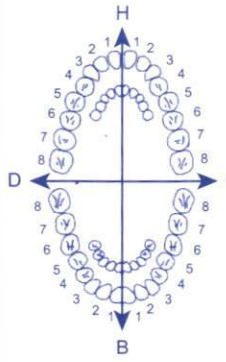
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table> |                     | H                  | H                       | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B | Coefficient DES TRAVAUX |
|   | H  | H                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   | 25533412   | 21433552            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   | 00000000   | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   | D  | G                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   | 00000000   | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   | 35533411   | 11433553            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   | B  | B                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                     | 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  
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة  
علاج تكوين بحث



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le 05/09/2020

M. Saïd Saïd

47.8°

1/ Dagen



2 gel x 2/j pdt 6 jours

2220

2/ codoliprane



1cp x 3/j (si besoin)

7000

PPV:

EXP:

Lot N°:

47,00

PHARMACIE ARAUCARIA  
Anicham TALI Pharmacie  
42, Rue d'Ifrane Hay Sal  
CIL - Casablanca  
Tél.: 05 22 36 13 05 / 05

PPV: 22DH20

PER: 05/22

LOT: J1413





## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

09/03/2020

Gautier Ro c

Rx du p...  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (212) 0529 00 44 66  
E-mail : www.hck-fcm.ma

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Pr Ass CHAGOU Aniss  
Orthopédie - Traumatologie  
09177519

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Pr Ass CHAGOU Aniss  
Orthopédie - Traumatologie  
09177519



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 85 795 / 2020 du 05/09/2020

Nom patient : **RACHAD SOUHAIL**

Entrée 05/09/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 05/09/2020

|   | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant         |
|---|--------|------------|---------------|-----------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i>                               |        |            |               |                 |
| - Radiographie du poignet sous une incidence              | 1,00   |            | 180,00        | 180,00          |
| - Supplément pour incidence radiographique supplémentaire | 1,00   |            | 50,00         | 50,00           |
| - Consultation de pédiatrie                               | 1,00   |            | 300,00        | 300,00          |
| K40   | 40,00  | K40        | 45,00         | 1 800,00        |
|   |        |            | Sous-Total    | 2 330,00        |
| PHARMACIE   | 1,00   |            | 88,39         | 88,39           |
|   |        |            | Sous-Total    | 88,39           |
| <b>Total Frais Clinique</b>                               |        |            |               | <b>2 418,39</b> |

|  |              |                 |
|--|--------------|-----------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>           |              |                 |
| DEUX MILLE QUATRE CENT DIX-HUIT DIRHAMS TRENTE-NEUF CENTIMES | <b>Total</b> | <b>2 418,39</b> |
|  |              |                 |

|               | Espèces  |  | Carte Bq |  | Total encaissé | Solde |
|---------------|----------|--|----------|--|----------------|-------|
| Encaissements | 1 888,39 |  | 530,00   |  | 2 418,39       | 0,00  |

HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
Admission Facturation

| Date                      | Produit                   | N° BS : | QtéB      | QtéC     | Prix Vente | Montant       | PS Fournisseur |   |
|---------------------------|---------------------------|---------|-----------|----------|------------|---------------|----------------|---|
| 925658                    |                           |         |           |          |            |               |                |   |
| 05/09/2020                | BANDE DE PROTECTION 7.5CM | 925658  | 1         | 0        | 7.80       | 7.80          | URGENCES       | C |
| 05/09/2020                | BANDE DE RESINE 5X3.6M    | 925658  | 2         | 0        | 26.00      | 52.00         | URGENCES       | C |
| 05/09/2020                | BANDE DE RESINE 7.5X3.6M  | 925658  | 1         | 0        | 35.10      | 35.10         | URGENCES       | C |
| 05/09/2020                | BANDE JERSEY 5MX05        | 925658  | 1         | 0        | 28.59      | 28.59         | URGENCES       | C |
|                           | <b>S/total Produit</b>    |         | <b>5</b>  | <b>0</b> |            | <b>123.49</b> |                |   |
| 925672                    |                           |         |           |          |            |               |                |   |
| 05/09/2020                | BANDE DE RESINE 7.5X3.6M  | 925672  | -1        | 0        | 35.10      | -35.10        | URGENCES       | C |
|                           | <b>S/total Produit</b>    |         | <b>-1</b> | <b>0</b> |            | <b>-35.10</b> |                |   |
| <b>Total consommation</b> |                           |         |           |          |            | <b>88,39</b>  |                |   |

  
 HÔPITAL CHEIKH KHALIFA  
 Admission Facturation

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2009050851518360 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2000246083       | RACHAD SOUHAIL | 05/09/2020        |

| Mode paiement           | Références du paiement | Montant Dhs |
|-------------------------|------------------------|-------------|
| CarteB                  | 004274                 | 530,00      |
| PAYANT                  | Total payé             | 530,00      |
| CINQ CENT TRENTÉ DIRHAM |                        |             |

Reçu établi par : RED.NOS

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@fckm.hck.ma  
N°INP 090061862



**Locamed**  
Santé & Confort

**MATÉRIEL MÉDICAL**

ICE : 001526686000016

Facture

UF20000109620

CASABLANCA

Le, 05/09/20

DEPOT GHANDI

Agent commercial : ZINEB

Mode de règlement : ESPECE

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

N° CLIENT : CL000008

Clients Comptoirs Ghandi

MR RACHAD SOUHAIL

| Code Article | Code TVA | Désignation   | Qté  | P.U.TTC | Remise | P.U.net. TTC | Montant TTC |
|--------------|----------|---|------|---------|--------|--------------|-------------|
| 620690       | 2        | ECHARPE DE SOUTIEN<br>UNIVERSEL NOIR LARGE<br>LOCAORTHO | 1,00 | 100,00  | 0%     | 100,00       | 100,00      |

LOCAMED SERVICE  
MATÉRIEL MÉDICAL  
Vente en Magasin (G)  
Non valide pour toute autre transaction  
60, BOULEVARD GHANDI - CASABLANCA  
TEL: 05 37 63 20 43 / FAX: 05 37 63 20 49

| Code  | Base  | Taux | Montant |
|-------|-------|------|---------|
| 2     | 83.33 | 20%  | 16.67   |
| Total | 83.33 |      | 16.67   |

Total HT 83,33  
Total TVA 16,67  
Total TTC 100,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC :  
Cent Dirhams

Call Center 05 37 63 27 28 / 05 22 86 22 22 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

LOCAMED SERVICE S.A.R.L AU CAPITAL 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150

Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat - Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc

Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

**CASABLANCA**

Arjoun: 7, rue Lahcen Arjoun (face hôpital 20 Août), quartier des Hôpitaux.

Tél : 05 22 86 39 89 / 05 22 86 16 83 / 05 22 86 37 17

Ghandi: 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél : 05 22 94 20 43 / 05 22 86 22 22

Goulmima: 627, rue Goulmima Casa-Anfa (à proximité hôpital My Youssef) Tél : 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04

Hôpitaux: 46, rue des hôpitaux. Tél : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30

**RABAT**

Zaers: Angle Av. Mohamed VI et Av. El Haouz. Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Mamounia: 11, rue Mamounia, (ex CTM) centre ville. Tél : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

**MARRAKECH**

**TANGER**

**FÈS**

**KÉNITRA**

6, résidence Saghina2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Ibena. Tanger Tél : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67

Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chbihi (en face de central banque chaabi) Tél : 05 35 62 51 62 / 05 35 62 51 61

Angle Avenue Ahmed Dion et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 28 / 05 37 37 74 75



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 87 147 / 2020 du 09/09/2020

Nom patient : **RACHAD SOUHAIL**

Entrée 09/09/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 09/09/2020

|  | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant       |
|--|--------|------------|---------------|---------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i>              |        |            |               |               |
| - Radiographie du poignet sous une incid | 1,00   |            | 180,00        | 180,00        |
| - Supplément pour incidence radiographiq | 1,00   |            | 50,00         | 50,00         |
|  |        |            | Sous-Total    | 230,00        |
| <b>Total Frais Clinique</b>              |        |            |               | <b>230,00</b> |

|  |              |               |
|--|--------------|---------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> | <b>Total</b> | <b>230,00</b> |
| DEUX CENT TRENTE DIRHAMS                           |              |               |

|               |  |  |          |  |                |       |
|---------------|--|--|----------|--|----------------|-------|
| Encaissements |  |  | Carte Bq |  | Total encaissé | Solde |
|               |  |  | 230,00   |  | 230,00         | 0,00  |

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tel : (+212) 0529 00 44 66  
E-mail : www.hck-fckm.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

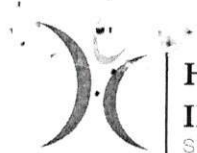
## Reçu de caisse

N°: 200909100358ME / .

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2000247346       | RACHAD SOUHAIL | 09/09/2020        |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------|------------------------|-------------|
| CarteB        | 018072                 | 230,00      |
|               | Total payé             | 230,00      |

Reçu établi par :MERHAL



Casablanca , le 05/09/2020

PATIENT : RACHAD Souhail

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Poignet F+P**

- Fracture sue articulaire de l'extrémité inférieure du radius, avec légère de placement antérieur.
- Minéralisation osseuse normale.
- Interligne articulaire respectée.
- Surfaces articulaires régulières.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr Moatassim Billah**



RACHAD ESSAID  
MLE 11360  
Présidence

05 Septembre 2020

**A l'attention de MUPRAS**

**Objet : Accident domestique de Mon Fils Souhail RACHAD.**

Je Soussigné, MR RACHAD ESSAID, CIN° JC20082, déclare sur l'honneur qu'en jouant, mon fils souhail a fait une chute dans sa chambre à la maison, et a eu une fracture sue articulaire de l'extrémité inférieure du radius, avec légère de placement antérieur.

Signé : RACHAD ESSAID

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'R. R. S.' or similar, written in a cursive style.