

# 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- 0041471

☐ Maladie

☐ Dentaire

15384 ☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1875 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : OUA KHACHCHI SANAA  
Date de naissance : 15/03/1966  
Adresse : HAY AL WALAH TRE 501 IM 1 APP 124 Sidi Mou  
Tél. : 06 67 67 44 60 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/12/2019  
Nom et prénom du malade : SANAA OUA KHACHCHI Age : 1966

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie ALD

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) :





# 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
13.12.19	5480			
du 12.12.19				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/12/19	89,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

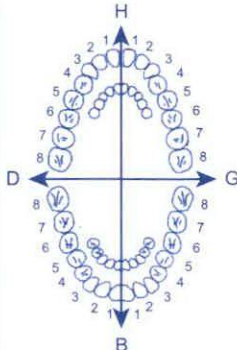
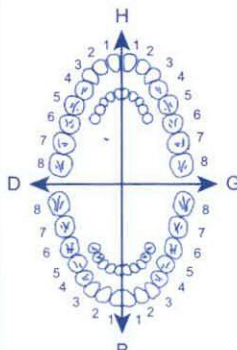
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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'occlusion.

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  00000000  11433553  <b>G</b> </div> </div> <b>B</b>  <b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

Casablanca, le : 12/12/19

# ORDONNANCE

Docteur : Yme Saoua Ouakchachi

1 / Apixel spray  
89.50  
Apixel x 31;



PHARMACIE SALIHA  
Dr. LACHMEL NORDINE  
Rue Lahcen El Arjoune, Sidi Moussa EL KHAY  
Tél : 05 22 78 08 17  
Dr. DOUMI LOUBNA  
ORL et Chirurgie  
Service faciale  
Opita 20 Août - Casablanca



8 032578 479676

LOT

190254



2022/04

PPC : 89,50 DH

Casablanca, le : 12/2/19

## ORDONNANCE

Docteur : .....

Age : 3 ans

ATCDs : Diabète - sous ADO  
HTA sous IT

Se présente pour suspicion de CE  
pharyngé (ail.)

Pas de dysphagie - pas de dyspnée

Pas de dysphonie

Naso-fibrosopie faite :

loges amygdaliennes libres - SP libre

⇒ III médical

Dr Ahmed Louadi

Dr. Ahmed Louadi  
cervicofacial  
20/03/2019





IBN ROCHD ابن رشد  
Casablanca الدار البيضاء

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
مستشفى 20 غشت 1953  
مصلحة استقبال المستعجلات  
Hôpital du 20 Août 1953  
Service d'Accueil des Urgences (SAU)



مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

Oto-Rhino-Laryngologie

Chirurgie Maxillo-Faciale

N° Admission : 86 787 N° Quittance : .....

Date : 12/12/19 Heure : 15h10

Nom et prénom : ..... Age : 1966

Adresse : SANAA

Oukhachi

Circonstances de l'Urgence :

- Accident de travail
- Accident de la Circulation
- Brûlure
- Imprudence
- Maladie
- Violence
- Autres

53 805 1953  
Registrettes  
Service des Urgences

N

T.S.V.P

ORL  
Pharynx

Ministère de la Santé  
C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Quittance  
20 Août 1953

Formation : *OCCASIONNEL*

Reçu de M : .....

La somme de : *Cent cinquante*

N<sup>o</sup> 053876

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
<i>NASO</i>	
<i>ou</i>	
Total	<i>150,00</i>

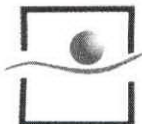
Le *13-12-19*

Signature du  
Régisseur et Cachet









FACTURE N° HDJ 38501 / 2019

N° PATIENT: 38501

Service d'Admission URGENCE ORL

Prénoms - Nom du ( de la ) Patient(e) SANNA OUKHCHACHI

Fils ou Fille de Et de

Date de naissance 15/03/1966 Lieu de naissance

Situation familiale Marié

Profession..... SANS

Nationalité..... MAROC Date d'entree..... 12/12/2019

Adresse..... sidi moumen casa hay walaa tr 06 sect 01 imm 01 appt 124

Ville de provenance..... Casablanca

Mode de règlement (1)..... PAYANT

Date de réalisation:

#### I- Clinique

Prestations	Prix unitaire	I_cle	coef	qte	nbj	Service	Montant
Nasofibrolaryngoscopie		K	15	1	1	-	150.00

Total Clinique: 150.00

#### II- Pharmacie

Total Facture	150.00
Taux pris en charge	0 %
<b>NET à payer (1)</b>	<b>150.00</b>
NET à payer (2)	0.00

Arrêtée la présente facture le 13/12/2019

au montant de: cent cinquante Dirhams

RIB : 310 780 100 302 400 411 030 135

(1) : patient

(2): organisme tiers payant

Cachet du bureau de la  
facturation

N°quittance et cachet du  
regisseur