

# 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  |
| 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 caractére 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)

Nº P19-0028952

ND = 1801

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 23.4.4 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BÉLOUADI Abdessamih

Date de naissance : 19.3.1954

Adresse :

Tél. : 06.61.06.77.27 Total des frais engagés : 400.0 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/12/2019

Nom et prénom du malade : Ghalia Mohandine Age :

Lien de parenté :  Qui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Ghyane

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 : 12/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/12/19	Frais de consultation	1000		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

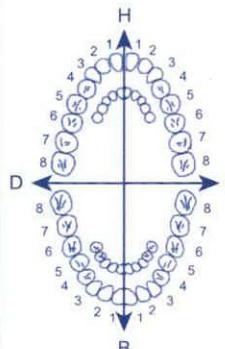
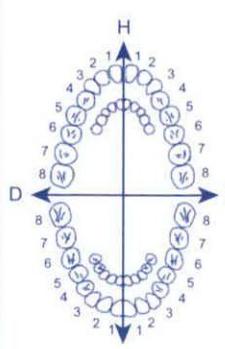
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 la dentition.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
				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



# مصحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86  
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail: Cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

M.M.N

Casablanca, le :

12/12/2009

bronchi bronchium

foreign rectal

per esophage larynx  
per esophage larynx  
per esophage larynx

Dr. SABIR Mustapha  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
26, Avenue Driss Lahrizi  
Tel: 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

# مصحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86  
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail: Cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

habiba

Casablanca, le :

12/12/19

Saouda Moulahim

Doux mes poignez  
am fait faire un dos  
test

de Sidi Nafy  
écholodopigie

DR. SABIR  
HEPATO-GASTRO-EROTIQUE  
26, Avenue Hassan II Casablanca  
Tél: 05 22 86 22 86 - Fax: 05 22 86 22 23

**Centre  
Monétique  
Interbancaire**

12/12/19                    12:55:31  
9900114472  
91144701  
CLINIQUE ACHIFAA  
Casablanca

A00000000031010  
APP : VISA CLASSIC  
BELOUADI                /ABDE.M  
xxxxxxxxxxxxxx7684  
11/23    CARTE NATIONALE  
D71FDCE72D660B99  
606-0-9999-1-44

MONTANT:            4000,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 005  
NUM AUTORISATION: 0M9001  
STAN                    : 004528

**DEBIT**

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT



# مصحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)  
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

## F A C T U R E

N° : 19009131 / 2019 du 12/12/2019

Nom patient	BELOUADI ABDERRAHIM	Entrée	12/12/2019
	PAYANTS	Sortie	12/12/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FORFAIT ECHO-END.	1.00		4 000.00	4 000.00
Sous-Total				4 000.00
Total Clinique				4 000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE MILLE DIRHAMS

Total 4 000.00

CLINIQUE ACHIFAA  
Angle Lahcen El Arjoune et Lavoisier  
Tél: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23  
CLINIQUE ACHIFAA  
Angle Lahcen El Arjoune et Lavoisier  
Tél: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23  
05 22 86 22 23 Casablanca

**CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA**

CASABLANCA

# **Reçu de caisse**

Facture n° 19009131 du 12/12/2019

N° : 1912121258533080 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
19-009131	BELOUADI ABDERRAHIM	12/12/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	CARTE OM9001 BELOUADI	4 000.00
PAYANT	Total payé	4 000.00
QUATRE MILLE DIRHAMS		

Reçu établi par : ZEATIMA

12/12/2019

## ECHOENDOSCOPIE RECTALE

Identité BELOUADI mohamed

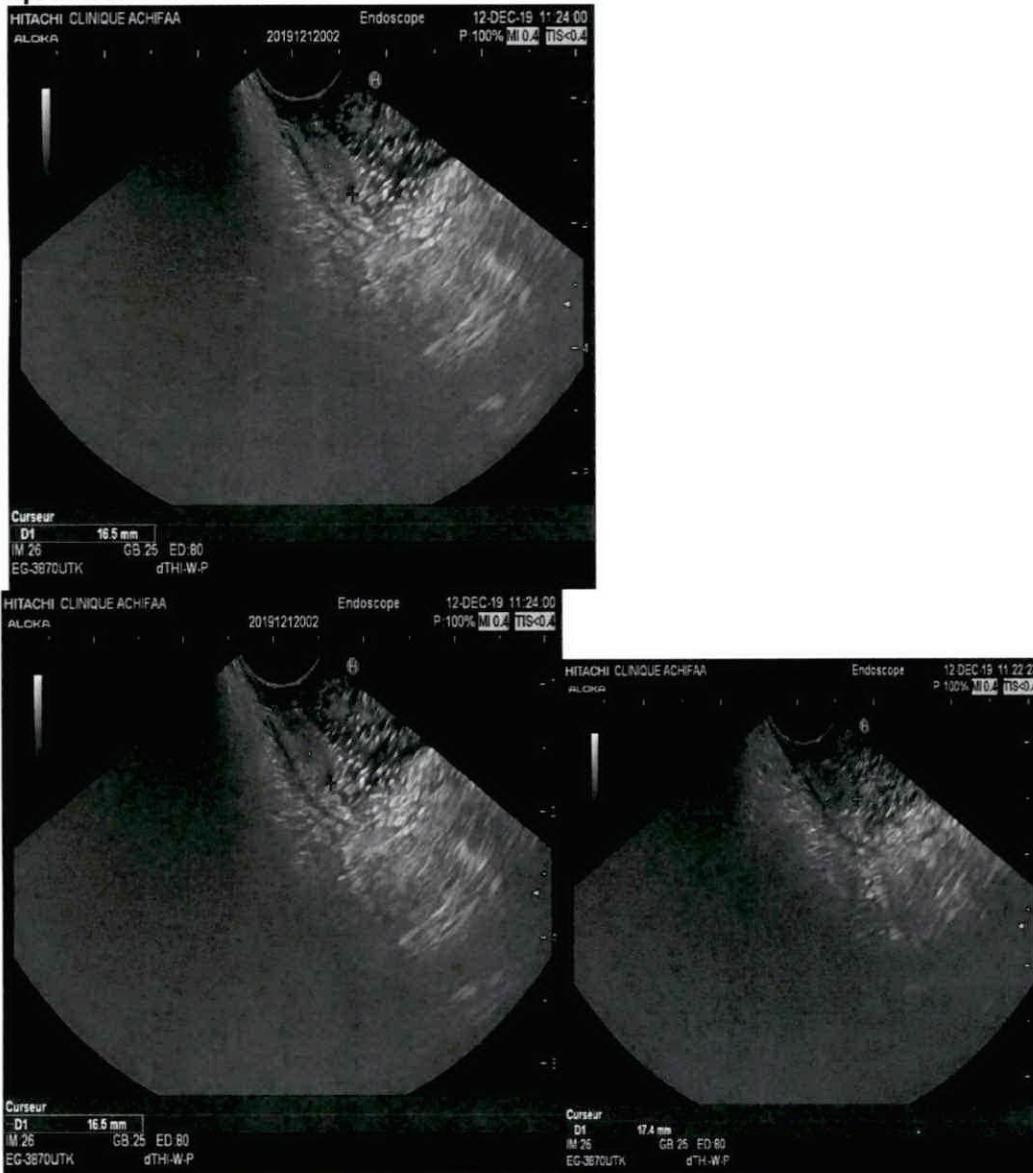
Age 65 A

Renseignements cliniques.

Matériel Utilisation de écho-endoscope linéaire PENTAX.

Anesthésie Dr. Mohamed ZAKOURI

Opérateur Dr. Ikrame HALLOULY



HITACHI CLINIQUE ACHIFAA  
ALOKA

Endoscope

12-DEC-19 11:22:23  
P:100% MI 0.4 TIS<0.4



Curseur

+D1 17.4 mm

IM:26

EG-3870UTK

GB:26 ED:80

dTHI-W-P

HITACHI CLINIQUE ACHIFAA

ALOKA

Endoscope

12-DEC-19 11:24:00

20191212002

P:100% MI 0.4 TIS<0.4

11

(H)

- 0

- 2

- 4

- 6

Curseur

+D1 16.5 mm

IM:26

GB:25 ED:80

EG-3870UTK

dTHI-W-P

HITACHI CLINIQUE ACHIFAA

ALOKA

Endoscope

12-DEC-19 11:24:00

20191212002

P:100% MI 0.4 TIS<0.4

1

(H)

- 0

- 2

- 4

- 6

Curseur

D1 16.5 mm

IM:26

GB:25 ED:80

EG-3870UTK

dTHI-W-P



12/12/2019

## ECHOENDOSCOPIE

Identité BELOUABI ABDEUR RAHIM.  
Age 1954.

### Renseignements cliniques.

- Adénocarcinose recto-Sigmoidien avec 2<sup>e</sup> localisation au niveau d'un polyype à 6 cm de la marge anale.

Matériel Utilisation de écho-endoscope linéaire PENTAX.

Anesthésie : intubation sous Anesthésie Générale.

Opérateur : Dr. GAFFMI - Dr. HALOULY IKRAM.

D'exploration après immersion au niveau du rectum retrouvé une formation polypoïde respectant la musculaire à ce niveau, avec envahissement de la muqueuse.

Dr. I. HALOULY  
Service de Gastro-Enterologie  
Hépatologie et Proctologie  
7, Beldahar Casablanca



# مصحة الاختصاصات المتخصصة CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA

## Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)  
CASABLANCA

05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

### BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 12/12/2019 Heure 08:07

Nom et Prénom du patient Mr BELOUADI ABDERRAHIM Age ou Date Naissance 66 - 19/03/1954

N° Cin du patient ou du tuteur B407792

Adresse .

Téléphone 06 61 06 77 0661 78 76 18

Personne à appeler en cas d'urgence .

Médecin traitant SABIR MUSTAPHA

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0

Motif d'hospitalisation ...

Affiliation à une couverture maladie NON

#### Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

#### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 12/12/2019

Heure 12:37

Durée d'hospitalisation (jours)

0

Nom et prénom du signataire

Signature

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc  
Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - URGENCES 24/24  
مستعجلات

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196

I.F. : 40158488 - CNSS : 7724223 - Patente N° : 37908413 - ICE : 001743751000001

CLINIQUE ACHIFAA  
Angle Rues Lahcen et Lavoisier  
Tel: 05 22 85 92 20 - 05 22 86 22 23  
Société Mutuelle