

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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° M21- 1052320

ND: 79749

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 546 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JAOUHER Molicaud

Date de naissance : 01/01/1945

Adresse : 18 Rue Beldoua 9. CASIS

Tél. : 0661181712 Total des frais engagés : 830,00 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) : /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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
06/07/2021	ES		300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MERSULTAN 218, Avenue Mers Sultan - Casablanca - Tel: 05 22 22 25 44 / 05 22 22 86 95	06/07/2021	66,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/07/2021	60	100,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

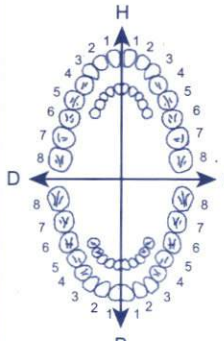
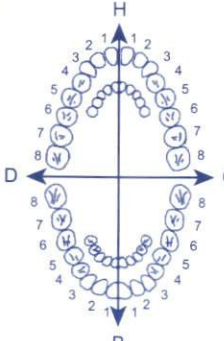
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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																
				MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS														
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





## ORDONNANCE

Nom et prénom : **JAGUHER MOHAMMED**

Médecin : PR. RABII Redouane

- OFIKEN  
1cp x 2/j pendant 14 jours

170,00 x 2 =

340,00

- DOLIPRANE 1g  
1cp x 3/j pendant 7 jours

—

- DAZEN  
2cp x 3/j pendant 7 jours

47,00

47,00

- OEDES 20 mg  
1 cp /j pendant 14 jours

52,80

52,80

- COCCYDINE POMMADE  
2 App / j pendant 7 jours

25,00

25,00

464,80

PHARMACIE MERSULTAN  
218, Avenue Mers Sultan  
Casablanca -  
Tél: 05 22 22 25 44 / 05 22 22 86 95

ملغ  
20  
عن طريق الفم



أوديس<sup>®</sup>  
أوميبرازول

14 x



حببات صامدة للعصارة المعدية في برشامات

مدة 4 أسابيع  
زوال ٢٠ مساء

OEDES 20mg  
14 gélules



6 118001 100071

COOPER  
PHARMA

LOT 200712

EXP 01/2023

PPV 52.80DH

دازين 10.000 وحد  
سرايبتاز

40 قرصا مليسا  
معدى - مقاوم  
عن طريق الفم



مختبرات سينتيميديك  
20 - 22 زنفقة زبير بن العوام  
الصخور السوداء - الدار البيضاء

PPV :

EXP :

Lot N° :

08180  
57

# Ofiken®

Céfixime

**200 mg**



**16** Comprimés pelliculés  
Voie orale



LOT 203157 1

EXP 12 22

PPV 170.00 DH

# Ofiken®

Céfixime

**200 mg**



**16** Comprimés pelliculés  
Voie orale



LOT 203157 1

EXP 12 22

PPV 170.00 DH



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

6/7/14

Dr. JAMMAL

TP TGA

Unité de Réanimation  
Dr. JAMMAL  
N° 1160

ANALYSES  
MEDICALES BACHKOU  
Dr. TAMER Kenza  
Médecin Biologiste  
Hay Bachkou CE Atlas 2 - N°3  
Tél. 05 22 85.45.50



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

06/07/2021

Dr J ADUTHER Mohammed

HBL

→ Echo - abdo et vérico-prostatique



- Hématologie
- Bactériologie
- Virologie
- Immunologie
- Parasitologie
- Mycologie

**FACTURE N° : 000008576**

CASABLANCA le 06-07-2021

**Mr JAOUHER Mohamed**

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
	TCK	B40	B
	TP non traité	B40	B

Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 130.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent trente dirhams .

LABO D'ANALYSES MEDICALES BACHKOU  
Dr. TAYEB Kenza  
Médecin Biologiste  
Hay Bachkou R.C. Atlas 2 - N°3  
Casablanca - Tél: 05.22.85.65.50

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BACHKOU

Ceci est un mail, seul le résultat papier fait foi.

**Date du prélèvement** : 06-07-2021 à 17:45

**Code patient** : 2011040032

**Né(e) le** : 01-01-1945 (76 ans)

**Mr JAOUHER Mohamed**

Dossier N° : 2107060037

Prescripteur :



## HEMOSTASE

<b>Temps de Quick Patient:</b>	12.7 sec.	
(Chronométrique STAGO – START 4)		
<b>Temps de Quick Témoin:</b>	13.0 sec.	
<b>Taux de Prothrombine</b>	90 %	(70-120)
<b>Ratio TQM/TQT :</b>	0.98	
<b>INR :</b>	1.09	

<b>TCK Temps patient</b>	28.0 sec.	
(Réactif STAGO – Technique Chronométrique)		
<b>TCK Temps témoin</b>	30.0 sec.	
<b>TCK Ratio patient/témoin</b>	0.93	(<1.20)

Variation pathologique : Temps du patient > de 8 sec au temps du témoin.

### Conclusion

Bilan d'hémostase normal.

#### Surveillance de traitements anticoagulants :

- Par les AVK : surveillance par le Temps de Quick, avec un rapport de 1,5 à 2 pour le TCA malade / TCA témoin.
- Par l'héparine : surveillance par le TCA avec un rapport de 1,5 à 4 pour le TCA malade / TCA témoin.

Validé par Dr. TAYEB Kenza





Casablanca le, 06/07/2021

IER MOHAMMED

EDOUANE

ie vésico-prostatique



et paroi épaissie  
raphique

obe médian IPP grade III

be médian IPP grade III et RPM : 100mL

Signé :

Pr Redouane RABII

*[Handwritten signature]*  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 80826 / 2021 du 06/07/2021

Nom patient	JAOUHER MOHAMMED	Entrée	06/07/2021
	PAYANTS	Sortie	06/07/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Echographie abdominale	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	400,00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

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

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 80688 / 2021 du 06/07/2021

Nom patient	JAOUHER MOHAMMED	Entrée	06/07/2021
	PAYANTS	Sortie	06/07/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation d'urologie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

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



Casablanca le, 06/07/2021

Patient : **Mr JAOUHER MOHAMMED**  
Médecin traitant : **Pr RABII REDOUANE**  
Examen réalisé : **Echographie vésico-prostatique**

**Renseignement clinique :** HBP

**Résultat :**

- Vessie souple de capacité réduite et paroi épaissie
- Absence d'image de lithiase échographique
- Absence d'anomalie endoluminale
- Prostate homogène de 60g avec lobe médian IPP grade III
- RPM : 100mL

**Au total :**

Hypertrophie prostatique de 60g avec lobe médian IPP grade III et RPM : 100mL

**Signé :**

**Pr Redouane RABII**




HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 06 / 07 / 2021

Quittance - Paiement espèces 0584231

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 300 (Dh)

Patient : SAOUHER MOHAMMED

Cachet





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 06 / 07 / 2021

Quittance - Paiement espèces 0584252

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 600 Dh

Patient : JAOUHER MOHAMMED

Cachet



**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BACHKOU**  
**Hay Bachkou, N°70 Rés. Atlas 2 N°3 Lot Bachkou-Maarif Casablanca**  
**0522 85 65 50 – 0522 81 73 44**

*Reçu*

**Mr Mohamed JAOUHER**

Né(e) le : **01-01-1945**

N° Patient : **2011040032**

Accueil par : OM/ 25-05-2021 10:29

Analyses : ECBU

**Prescripteur : Dr M.AMINE BOUAB**

N° Dossier : **2105250017**



Montant total : **130 DH**

Payé : **0DH**

Reste : **130 DH**