

## 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 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)

La 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

81627

N° W21-633904

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6444 Société : R.A. 7

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MANZAH RACHID

Date de naissance : 13/11/1965

Adresse : LES CHALET DE BOUSKOUNA V7 CASABLANCA

Tél. : 0661 226340 Total des frais engagés : 1084,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 AOUT 2021

Nom et prénom du malade : Bougroum Smahel Age :

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

Nature de la maladie : CPA

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 : CASA Le : 27/05/2021

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
29/5/21	g	1	300DH	<div> <div> INP : 101220653 </div> <div> Spécialité en Anesthésie Réanimation </div> </div>
22/5/21	g	1	300DH	<div> <div> INP : 101220653 </div> <div> Spécialité en Anesthésie Réanimation </div> </div>

INP : 101220663  
Spécialiste en Anesthésie  
Régénération

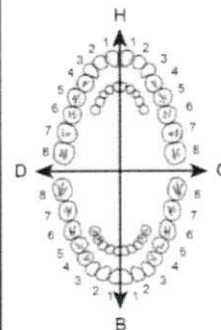
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

PHARMACIE ZEMMAMA  
Km: 16, Route Secondaire 109, Donat Fokra  
Bouskoura - Casa - Tel : 0522 32 03 33  
INPE 092069327-ICE : 001942

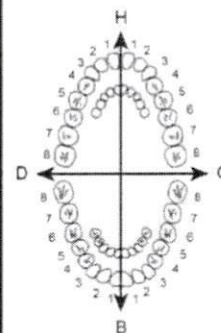
[illegible]

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

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

Date : 27/05/2021  
Numéro : 61 109



090061862

Nom patient : BOUGHROUM SMAHEN

Médecin : PR. JAAFARI ABDELHAMID  
Anesthésie-Réanimat.

2100349201

PAYANTS

	Montant
- Consultation pré-anesthésique	300,00

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :  
TROIS CENTS DIRHAMS

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

Casablanca, le vendredi 28 mai 2021

## EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

**PATIENT** : BOUGHROUM Smahen

**RENSEIGNEMENT CLINIQUE** : Epigastralgies, RGO++, tendance à la constipation, ballonnement abdominale

**Tube 1 : duodénum : d'aspect normal**

**Tube 2 : antre + fundus : aspect de gastrite congestive**

*Cachet et signature :*

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. EL Idrissi Tahar  
Gastro-entérologie  
1011 0920



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 61929 / 2021 du 28/05/2021

Nom patient	BOUGHROUM SMAHEN	Entrée	28/05/2021
	PAYANTS	Sortie	28/05/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS ANAPATH	1,00	P0000	500,50	500,50
			Sous-Total	500,50
Total Clinique				500,50

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	500,50
CINQ CENTS DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES		

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
HOPITAL CHEIKH KHALIFA



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 27/5/2021

Quittance - Paiement espèces

0573430

IPP : .....

D'admission : ..... Montant : 3000 DA

Patient : BOUGHROUM SMAHEN



Cachet



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

28.6.21

Bou Ghour smehen

x2  
142.20 Fortrans  
(2boite)  
284.40



**PHARMACIE ZEMMAMA**  
صيدلية زمماما  
Km.16, Route Secondaire 109, Douar Fokra  
Bouskoura-Casa-Tél : 0522 32 03 01  
INPE 092069927-ICE : 00194336000088

maphar  
Z. Zemata, Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc  
FORTTRANS SAC B4  
P.P.V. : 142,20 DH  
6118001181209

LOT : T14110  
Exp : 06/2023

maphar  
Z. Zemata, Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc  
FORTTRANS SAC B4  
P.P.V. : 142,20 DH  
6118001181209

LOT : T14110  
Exp : 06/2023