

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## Prothèse 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° P19-0048107

8 3948

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2824 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAHRI Joutei Naïma

Date de naissance : 25-04-1952

Adresse : 518 - Hg. FATEH - oulfa - Casa

Tél. 0632 300367 Total des frais engagés Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/07/2021

Nom et prénom du malade : TAHRI Joutei Naïma Age : 69

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

Nature de la maladie : Goutte

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 : / /


Signature de l'adhérent(e) : Tahri



# 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
29.07.2021	C3	201	400,00 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29.07.21	490,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/08/21	Echographie	500,00 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

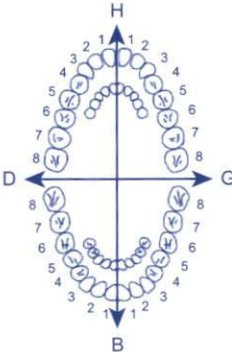
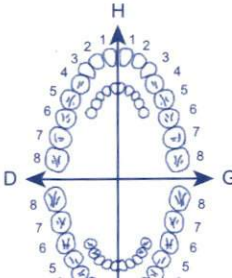
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>													
						MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>												
						DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>												
						FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">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 colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS	<input type="text"/>														

# Docteur Mayy HAJJI

Diplôme d'Etat de Doctorat en Médecine  
de l'Université de Bordeaux II  
Professeur Agrégé  
MEDECINE INTERNE

Jours et Heures de consultation :

de 9 h à 12 h et de 14 h à 17 h

**SAUF** le lundi toute la journée, le mardi matin  
et le samedi après midi

## الدكتورة مي حجي

شهادة الدولة في دكتوراة الطب  
من جامعة بوردو II  
أستاذة مبرزة  
الطب الباطني

أيام وأوقات الاستشارة الطبية :

من التاسعة صباحا الى الثانية عشرة زوال  
ومن الثانية بعد الزوال الى الخامسة بعد الزوال  
**ماعدا** يوم الاثنين كاملا ويوم الثلاثاء صباحا  
ويوم السبت يوم الزوال

Casablanca, le 29.04.2023 في الدار البيضاء.

PPV: 23DH40  
PER: 41/23  
LOT: J3294

TAHRE Joutei Naïve

23.14  
① Bisouba 8 mg AS

3 Cefprozil  
5630  
② 1 Cefixime 25.000 AS

1 Zote  
1 fce  
bulla b6  
DR. MAYY HAJJI  
MEDECINE INTERNE  
120 BO. IDRISSE 1ER - CASA  
INP : 091071001  
ICE: 001702702000002

PPV: 56, 30 DH  
LOT: 21A05D  
EXP: 01/2023



13,40 X 3

(3)

LEVOTHYROX.

50

59

3 uer



1 comp / jour  
123,60 X 3

(H)

INEXIUM

40 uf

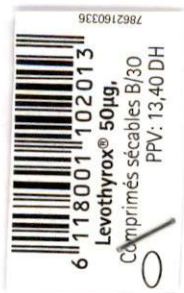
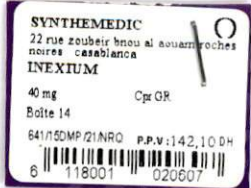
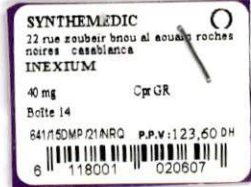
3 uer

1 comp /

7



DR. MAYY MAJJI  
MEDICINE GÉNÉRALE  
120 Bd. Mohammed VI - CASA  
Tél: 09 15 71 00 1  
ICE: 00170202000002



Dr HAJJI Mayy  
MEDECINE INTERNE  
120 Boulevard My IDRISS 1<sup>er</sup>  
CASABLANCA  
Tel / Fax : 0 22 8638 13

Matricule 2824 -

Merci

## EXAMEN RADIOLOGIQUE OU ECHOGRAPHIQUE

PATIENT

NOM: <sup>Mme</sup> TAHRi TOUTEi PRENOM: Naïma AGE: 69 ans

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Nodules sous-cutanés des creux  
poplites

## EXAMEN DEMANDE

Echographie des tissus mous

DATE : le

29.07.2021

DR. MAYY HAJJI  
MEDECINE INTERNE  
120 BD IDRISS 1<sup>er</sup> - CASA  
TEL : 001671001  
ICE: 001702702002





Casablanca , le 17/08/2021

PATIENT : TAHRI JOUTEI Naima  
MEDECIN TRAITANT :  
EXAMEN(S) REALISE(S) : **Echographie Tissus Mous**

## ECHOGRAPHIE DES CREUX POPLITES

Les nodules palpés correspondent à des amas d'échogénicité semblable au tissu graisseux sous-cutané et situés au sein de cette dernière

Ces nodules sont non bien circonscrits et confluent avec la graisse sous-cutanée

### CONCLUSION :

**Aspect en faveur de petits amas graisseux confluent avec la graisse sous-cutanée**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr AZIZ**



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 97 392 / 2021 du 17/08/2021

Nom patient : **TAHRI JOUTEI NAIMA**

Entrée 17/08/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 17/08/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Echographie des tissus mous	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>500,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

**Total**

**500,00**

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	500,00				500,00	0,00

HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL  
CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
SERVICE RADIOLOGIE



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 12/08/2027

Quittance - Paiement espèces 0596141

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 500,00

Patient : DARI JOUTEI NAHA

Cachet