

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8384

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ELKHOU Noureddine

Date de naissance :

24.02.1962

Adresse :

LISSAS FALOZouBIRInn24 APP14 CAD

Tél. : 0664 3075 77

Total des frais engagés : 1500 + 600 + 1200 + 800 + 300 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MUPRAS

Date de consultation : 15/09/2021

Nom et prénom du malade : Aymam ELKHOU 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) :

ELKHOU

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin et avant le Paiement des Actes
15/09/2021	T.GH			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Remiseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES STADES 201 30. Rue Alfredo Tél : 06 22 58 50 51 RC : 245509 - PB : 388 1925 IF : 40436642	15/09/2021	146.00 DH
PHARMACIE DES STADES 201 30. Rue Alfredo Tél : 06 22 58 50 51 RC : 245509 - PB : 388 1925 IF : 40436642	15/09/2021	39.00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE DES STADES 201 30. Rue Alfredo Tél : 06 22 58 50 51 RC : 245509 - PB : 388 1925 IF : 40436642	15/09/2021	TDM cérébrale	R* pas signé 15.00 DHS + R* Béssis + 600 DHS.

### AUXILIAIRES MEDICAUX

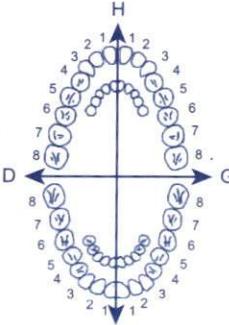
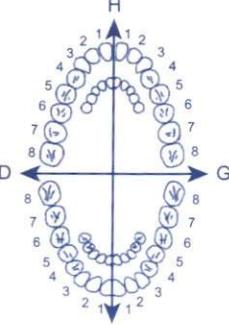
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	
15/09/2021	15/09/2021	300 DHS Consultation + 200 DHS plâtre + 800 DHS points de suture	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H	25533412	21433552	D	00000000
	00000000	00000000		00000000
B	35533411	11433553	G	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
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 : 15/09/2021

Mr Khou Aymen

① ~~Stadol 1g.~~  
39,70 15 x 26 offres

② ~~Fraidine 500mg~~



PHARMACIE DES STADES 201C  
50. PHARMACIE DES STADES 201C  
RC 174402882/09-19-25  
IF. 245559 - PI. 35873067  
34 94

فوسيدين %2%  
أنيوب من 15 غ  
كريـم

39,80





Casablanca le : 15/09/2011

Mr Aymen El khour  
 1) Maxiclear Ag SPX  
 15px 3/5r polt 7J →  
 2) Andol Ag SP  
 15px 3/5cs  
 7J, 1P

**CLINIQUE MAARIF**  
 Angle Rue Letitien et Montaigne  
 Val Fleuri Maârif - Casablanca  
 Tel : 0522 23 40 15 - 0522 23 42 73 / 74  
 \* Fax : 0522 23 42 73

HARMACIE D'ANGLE RUE LETITIEN  
 50, Rue Al Fakheria  
 Tél : 05 22 23 40 14 / 15  
 RC : 245503  
 IF : 443642  
 2010  
 Casablanca  
 15/09/2010



PPV: 132DH00  
PER: 03-23  
LOT: K601





11500,-

600,-

2100,-

Casablanca le : 14/09/2021

Mr AYmen EL khou

R.C. Transtire crise

TDM

Cerebrale

Dr MOULAY Ali ROCH / MAARIF  
Anesthésie & Réanimateur - Rue Letitien et Montaigne  
Salle d'anesthésie et de réanimation - Casablanca  
Tél: 05 22 79 30 00 / 05 22 21 86 31 - 05 22 23 42 73 / 74  
INP: 05 11 70 11 18

Casablanca le : 14/09/12/21

Mr AYmen EL khour

- Rx de pognant droit  
F + P

- Rx de Bassin F

7

Casablanca , le 15/09/2021

Nom /Prénom : EL KHOU AYMANE

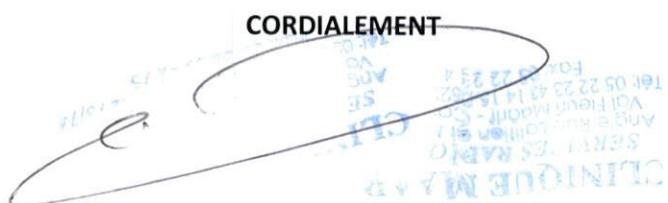
## **SCANNER CEREBRAL**

### **TECHNIQUE :**

Acquisition hélicoïdale sans injection de PDC avec reconstructions MPR.

### **RESULTAT :**

- Absence d'hématome intra ou extra parenchymateux aux étages sus et sous tentoriels.
- Système ventriculaire de morphologie normale.
- Ligne médiane en place.
- Cisternes de la base libres.
- FCP sans anomalie.
- Fracture des OPN d'allure ancienne.

CORDIALEMENT  


---

**Clinique Val Fleuri - Maârif**

Adresse : Rue du Titien ang. Montaigne Val fleuri 20390 CASABLANCA - Maroc  
Téléphone : 0522234014 / 0522774445 / 0522774646 / 0522774646 • Fax : 0522234275  
Email : [contact@cliniquevalfleuri.com](mailto:contact@cliniquevalfleuri.com) • [www.cliniquevalfleuri.com](http://www.cliniquevalfleuri.com)

# CLINIQUE MAARIF



090003484

## FACTURE

CASABLANCA Le :

page 1 / 1

**Identification**

N° Dossier : 21115114457

N°IPP : 001998/21

Nom &amp; Prénom : M. EL KHOU AYMAN

C.I.N. :

Date Naissance : 10-05-2003

Adresse : CASA

**Organisme : Payant****Période d'hospitalisation**

Date Entrée : 15-09-2021

Date Sortie :

**Traitemen**

Consultation

**Médecin traitant**

DR. ROCHDI MY ALI

	Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>			1	50,00			50,00
CONSULTATION:			6	100,00			600,00
POINT SITURE						<b>Sous Total</b>	<b>650,00</b>
<b>EXTRAS</b>			1	650,00			650,00
PLATRE						<b>Sous Total</b>	<b>650,00</b>
						<b>TOTAL PARTIE CLINIQUE</b>	<b>1 300,00</b>
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>		REGLE	1	1 000,00			1 000,00
DR. RKIBA ZAKARIA						<b>Sous Total</b>	<b>1 000,00</b>
						<b>TOTAL PARTIE AUTRUI</b>	<b>1 000,00</b>
						<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>2 300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : **DEUX MILLE TROIS CENTS DIRHAMS**

Facture Imprimer par : BOUSLAM BAHIYA



Clinique Val Fleuri - Maârif

Adresse: Rue du Titien ang. Montaigne Val fleuri 20390 CASABLANCA - Maroc  
Téléphone: 0522234014 / 0522774445 / 0522774646 / 0522774646 - Fax: 0522234275

# CLINIQUE MAARIF



090003484

## FACTURE

CASABLANCA Le :

page 1 / 1

Identification	
N° Dossier : 21I15014542	N°IPP : 001998/21
Nom & Prénom : M. EL KHOU AYMAN	
C.I.N. :	
Date Naissance : 10-05-2003	
Adresse : CASA	

Organisme : Payant
Période d'hospitalisation
Date Entrée : 15-09-2021
Date Sortie :

Médecin traitant
DR. ROCHDI MY ALI

Traitemen
Consultation

Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
CONSULTATION		1	400,00			400,00
<b>Sous Total</b>						<b>400,00</b>
<b>TOTAL PARTIE CLINIQUE</b>						<b>400,00</b>

RADIOLOGIE		Qté	Prix U.	K	Total
TDM CEREBRALE		1	1 500,00		1 500,00
RX RX POIGNET F/P		1	300,00		300,00
RADIO BASSIN DE FACE		1	300,00		300,00
<b>Sous Total</b>					<b>2 100,00</b>
<b>TOTAL PARTIE AUTRUI</b>					<b>2 100,00</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>					<b>2 500,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : **DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS**

Facture Imprimer par : BOUSLAM BAHIYA

CLINIQUE MAARIF  
Rue du Titien et Montaigne  
Val fleuri - Casablanca  
Tél: 0522234014 / 0522774445 / 0522774646 / 0522774646 - Fax: 0522234275

Clinique Val Fleuri - Maârif

Adresse: Rue du Titien ang. Montaigne Val fleuri 20390 CASABLANCA - Maroc  
Téléphone: 0522234014 / 0522774445 / 0522774646 / 0522774646 - Fax: 0522234275