

# 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.

## Diagnostique 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 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 045852

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6836 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 22329  
Nom & Prénom : OUAJIN MUSTAPHA  
Date de naissance : 17.09.1954  
Adresse : 25 LOTILENT LAIYOUNE CASABLANCA  
Tél. : 0661150283 Total des frais engagés : 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 : Douleur thoracique  
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 : 25 / 10 / 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
20/10/2020	Examen	1	125353	W. D. 33

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : 20/10/21

OUA KIM  
MUSTAPHA

E C G

   
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn el-Khalifa  
Dr. Imad ABOUSAHFA  
Médecin Urgentiste  
Casablanca

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 125353 / 2021 du 20/10/21

Nom patient	OUAKIM MUSTAPHA	Entrée	20/10/21
	PAYANTS	Sortie	20/10/21

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation initiale d'urgences hors déchocage	1,00		100,00	100,00
- Consultation de spécialiste en urgence	1,00		200,00	200,00
ECG	1,00		100,00	100,00
			<i>Sous-Total</i>	400,00
PHARMACIE	1,00		66,33	66,33
			<i>Sous-Total</i>	66,33
<b>Total Clinique</b>				<b>466,33</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
QUATRE CENT SOIXANTE-SIX DIRHAMS TRENTE-TROIS CENTIMES	<b>Total 466,33</b>

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tél: 05 29 03 54 45  
 Fax: 05 29 03 54 77  
 E-mail: contact@hckm-hckm.com  
 N° INP 090061862

## LISTE DES PRODUITS CONSOMMES PAR LE PATI

OUAKIM MUSTAPHA

2100411614

Date	Produit	N° BS :	QtéB	QtéC	Prix Vente	Montant	PS Fournisseur	
1159416								
19/10/2021	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1159416	1	0	1.21	1.21	URGENCES	C
19/10/2021	INTRANULE G 20	1159416	1	0	1.43	1.43	URGENCES	C
19/10/2021	KARDEGIC 300mg Sachet (30)	1159416	0	1	0.64	0.64	URGENCES	C
19/10/2021	PARACETAMOL 1G INJECT 1G INJECT	1159416	1	0	12.73	12.73	URGENCES	C
19/10/2021	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1159416	1	0	4.99	4.99	URGENCES	C
19/10/2021	PLAVIX 75mg Comprim (28)	1159416	0	4	11.29	45.16	URGENCES	C
19/10/2021	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECB	1159416	1	0	0.17	0.17	URGENCES	C
S/total Produit			5	5		66.33		
Total consommation						66,33		

contact@hckm-hckm  
AL: 05 29 08 44 77  
AL: 05 29 08 53 45

Id :

Indéfini --- (---) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

21/10/2021 02:50:26

75 bpm

PR: 118 ms

QRS: 92 ms

QT/QTcH: 366/392 ms

QTcB: 409 ms

QTcF: 394 ms

Rvs-6/Sv1 : 0.64/0.41 mV

Sok-Lyon : 1.05 mV

Axe: 63/55/74 °

RHYTME SINUSAL

DEMANDE RYTHME

\*\*\* INTERPRETATION EFFECTUEE \*\*\*

SEXE/ L'AGE DU PATIENT \*\*\*

AUCUNE ANALYSE ULTERIEURE EI...

RYTHME DU STIMULATEUR CARDIAQUE.

AUCUN AUTRE RESULTAT

Résumé: ECG ANORMAL



2100411614 / 180327140056SM

Prénom : Mustapha

Nom : OUAKIM

DDN : 17/09/1954 E: 20/10/2021

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:40Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693