

# 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.

## 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.

## Prothèse :

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  
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° M21- 0055549

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5083 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GHERIF ALANINA NEE Benabdelkader

Date de naissance : 12/10/1961

Adresse : F.D.B.

Tél. : 06 61188481 Total des frais engagés : 1530,34 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









# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 13/01/21

CHERIF ALAMI S.A.I. MOHAMMED JAMAL  
colabim

40.40

1/ METEOSPASYL

1 - 1 - 1

98.80

4 NEOFORTAN 100

139.20 - 1 - 1



METEOSPASYL® B 20 caps molles  
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
6 118001 100293



et si douleur

des enfants

NEOFORTAN®  
10 COMPRIMÉS EFFRÉSSENTS 160 mg



6 118000 031697

PHARMACIE EL JAC  
Dr. JAOUH Boucha  
Rue 22 N° 26 Hay El  
Casablanca  
Tél.: 0522 39 91 24

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. Youssef BENNANI  
Hôpital Gastro-Entérologie  
Tél.: 09 17 1850

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS</b> <b>AMO</b>	 الضمان الإجتماعي ٢٠١٠ ٢٠١١ ٢٠١٢ <b>C N S S</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم	
	Référence structurée : 210202320229467	Emis à Casablanca le : 16/02/2021	Page : 1	
<b>Identifiant de la famille</b> تعريف العائلة		CHERIF ALAMI JAMAL 134 RUE MDAGHRA HAY EL HANAA CASABLANCA 2023		
N° d'immatriculation : 112961737 Règlement du mois : 02/2021 Mode de paiement : Virement				
<b>Informations :</b>			معلومات :	

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
CHERIF ALAMI JAMAL										
073671479	13/01/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
073671479	13/01/2021	B	BIOLOGIE	852,00	1,10	710,00	1,00	781,00	70	546,70
073671479	13/01/2021	Z	RADIOLOGIE	2 500,00	2 200,00	1,00	1,00	2 200,00	70	1 540,00
073671479	13/01/2021	PH	PHARMACIE	139,20	98,80	1,00	1,00	98,80	70	69,16
Total remboursé pour JAMAL										2 260,86
Total général remboursé										260,86

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان





Casablanca , le 13/01/2021

PATIENT : CHERIF ALAMI Sidi Mohamed Jamal Eddine

MEDECIN.TRAITANT : Dr BENNANI

### BILI IRM

#### TECHNIQUE :

- Examen réalisé par une IRM 1.5 tesla en séquences de diffusion, T1, T2 et bili IRM sans injection intraveineuse de produit de contraste.

#### RESULTATS :

- Foie de taille normale, de contours réguliers et de signal homogène.
- Loge vésiculaire libre.
- Pas de dilatation ou d'épaississement des voies biliaires intra hépatiques.
- VBP mesure 12 mm de contenu alithiasique avec aspect filiforme du bas cholédoque.
- Rate, surrénales et pancréas de taille et de densité normales.
- Canal de Wirsung non dilaté.
- Reins de taille normale, de contours réguliers et de signal homogène avec présence d'un kyste simple du rein droit mesuré à 24 mm.
- Absence de dilatation des voies urinaires.
- Absence d'adénomégalie ou d'épanchement abdomino-pelvien.

#### CONCLUSION :

- Bili IRM sans anomalie significative.**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MAHI**

Code INPE: 011051430



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 3 584 / 2021 du 13/01/2021

Nom patient : **CHERIF ALAMI SIDI MOHAMED JAMAL EDDINE**

Entrée 13/01/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 13/01/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Bili-IRM	1,00		2 500,00	2 500,00
			Sous-Total	2 500,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>2 500,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>			
DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS		<b>Total</b>	<b>2 500,00</b>

Encaissements		<b>Chèque</b>			<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
		2 500,00			2 500,00	0,00

Ref Chq : 3969014 / CIH/

*[Signature]*  
www.hck-id.com  
05 29 03 53 45

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le : 13/01/21

CHERIF MAMI Sct: Jamaal Baidine

- NFS
- LCP
- Lipase
- ASAT - ALAT
- GUT - Phx
- Bilir - BD - BL
- Ionogramme
- Urée - Creatinine

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. Youssef BENNANI  
Hépatogastro-Entérologue  
INP : 091171850

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc  
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma



# Reçu de caisse

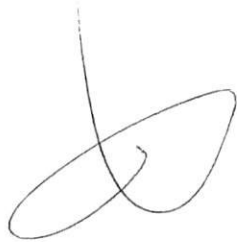
N° : 2101131303052320 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100292962	CHEIF ALAMI SIDI MO	13/01/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	3969013 cib	852,00
	Lui-même	
PAYANT	Total payé	852,00

HUIT CENT CINQUANTE-DEU

Reçu établi par : SALJAR



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

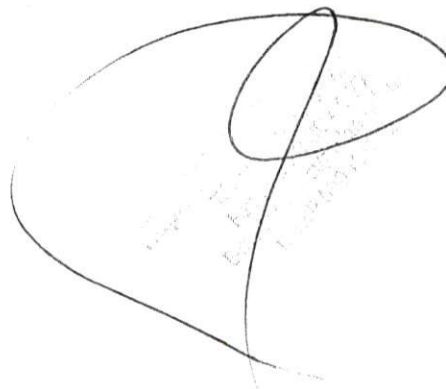
## F A C T U R E

N° : 3527 / 2021 du 13/01/2021

Nom patient	CHERIF ALAMI SIDI MOHAMED JAMAL EDDINE	Entrée	13/01/2021
	PAYANTS	Sortie	13/01/2021


Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation d'hépatogastro-entérolog	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		





**BILLET D'ADMISSION**

<b>N° admission</b>	 2100292936	198
<b>Nom patient</b>	<b>CHERIF ALAMI SIDI MOHAMED JAM</b>	
<b>Médecin</b>	<b>DR. BENNANI YOUSSEF</b> <i>Hépatogastro-entéro</i>	
	<b>Prestations</b> - Consultation d'hépatogastro-entérolog	
<b>Encaissement</b>	0,00 PAYANT	<b>Visa accueil</b>  <b>SAN.ANT</b> 12:30

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

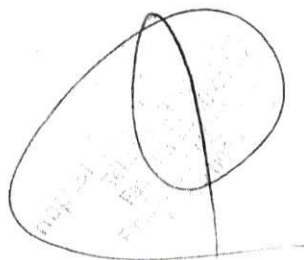
N°: 2101131233224960 / 2 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100292936	CHERIF ALAMI SIDI MO	13/01/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	N°3969012/CIH BANK Lui-même	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SAN,ANT





وصفة طبية

Urgent

Ordonnance

Casablanca, le :

13/01/21

M. CHERIF ALAMI Sidi Mohamed Jamal Edely

BiliIRM.

- Cholecystectomy
- Lithias de la VBP & accideints  
traite par CPAT et 4 rappels
- Conges hepatiques
- Bilan en cours

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. Youssef BEN WANI  
Hépatogastro-Entérologue  
IMP : 091171850