

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0008622

120932

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1729

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAOUF Fatima ME KHEBOUBI

Date de naissance : 30/08/1954

Adresse : Résidence N° 101, Casablanca

Tél. : 06 61 29 42 55 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/09/2022

Nom et prénom du malade : Mme Chaouf Fatima Age : 64 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Scapulothoracique + NCP

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : non

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 : 15/09/2022

Le : 15/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

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


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
15/09/22	CS		3000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/09/22	632,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/09/22	Per 1 radiographie Cervicale - Per 2e Radiographie - Radiographie de l'apex	8600

# AUXILIAIRES MEDICAUX

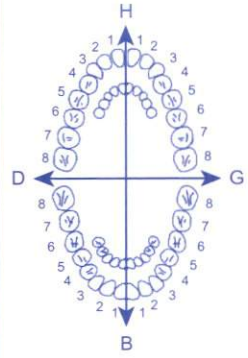
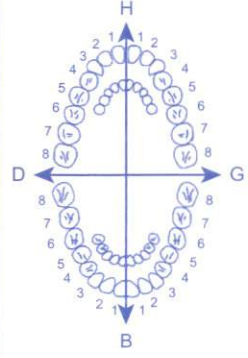
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Ordonnance préparée

Par : Lo وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

15/09/2022

Ordonnance vérifiée

Par : RS

Mme chaouf Fatima

PHARMACIE BEN M'SICK  
Dr Fatima KHALIFA  
182-183-184 Hay Salama Casablanca - 20-700  
Tel: 0522 37 01 25 - Fax: 0522 59 55 77



① Arcoxia 90 mg  
1 cp x 1 fl  
198,00

② Novceptol  
1 cp x 3 fl  
22,00

③ Cedol  
1 cp x 3 fl  
144,00

④ Ebrina 60 mg  
1 fl x 1 fl  
632,50

LOT C158  
2024-08  
PUC: 198.00DH  
CNK 3259-850

PPV: 144DH50  
PER: 09/23  
LOT: K3637-3



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

17/09/2021

Me GHAOUF Fatima

1) Echographie de l'épaule  
droite



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : 17/09/2022

Mme CHAOUF Fatma

1) Rx Radius Crucial (F+R)  
en charge

2) Rx épaule d'è (F)





Casablanca, le 15/09/2022

PATIENT : **CHAOUF Fatiha**

DATE NAISSANCE : **30/08/1954**

NUMERO DOSSIER : **2200561662**

**ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE DROITE ++++**

**TECHNIQUE** : Des coupes écho tomographiques ont été réalisées au niveau des deux épaules de façon comparative à l'aide d'une sonde de 8 / 12 Mhz.

**RESULTATS** :

- Tendon supraépineux aminci d'aspect hétérogène siège de quelques hypoéchogènes ne s'affranchissant pas à l'artefact d'anisotropie sans interruption de la continuité de ses fibres.
- Epanchement minime de la bourse sous acromio-deltoïdienne.
- Les tendons infra épineux et sub scapulaire sont de taille normale et symétrique, d'échostructure homogène, de contours réguliers, gardant le parallélisme des bords sans solution de continuité.
- Tendon du long biceps en place entouré d'un épanchement liquidien péri-bicipital de moyenne abondance.
- Absence d'anomalie focale des parties molles.
- Arthrose acromio-claviculaire modérée.

**CONCLUSION** :

Aspect échographique d'une tendinopathie du supra épineux avec bursite sous acromio-deltoïdienne.

Epanchement modérée de la bourse péri-bicipital.

Signé : **Dr KASSIMI**

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr. KASSIMI  
Médecin  
Rég. 1475  
15/09/2022







Casablanca, le 15/09/2022

PATIENT : **CHAOUF Fatiha**

IPP : **181212135012RA**

DATE NAISSANCE : **30/08/1954**

NUMERO DOSSIER : **2200561662**

**Rx DU RACHIS CERVICAL FACE/ FACE BO /PROFIL**

**Résultats :**

Rectitude du rachis cervical.

Respect de la hauteur et de l'alignement vérébral.

Corps vertébraux de morphologie normale.

Pincement discal globale étagée avec uncarthrose.

Parties molles pré vertébrales d'épaisseur normale.

Absence d'anomalie au niveau des apex pulmonaires.

Signé : **Dr KASSIMI**







Casablanca, le 15/09/2022

PATIENT : **CHAOUF Fatiha**

IPP : **181212135012RA**

DATE NAISSANCE : **30/08/1954**

NUMERO DOSSIER : **2200561662**

**Rx EPAULE DROITE F**

**Résultats :**

Absence de lésion osseuse notable.

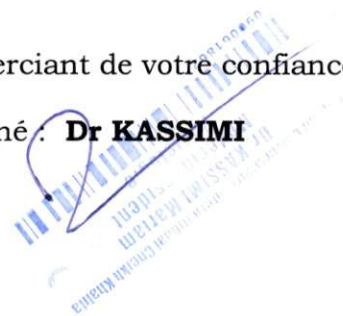
Articulation scapulo humérale de morphologie normale.

Espace sous acromial très réduit.

Absence d'anomalie focale des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr KASSIMI**





# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 118 441 / 2022 du 15/09/2022

Nom patient : **CHAOUF FATIHA**

Entrée 15/09/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 15/09/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DU RACHIS CERVICAL DE FACE	1,00		180,00	180,00
RADIOGRAPHIE DE L'EPAULE DE FACE	1,00		180,00	180,00
ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	860,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>860,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	860,00
HUIT CENT SOIXANTE DIRHAMS		

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		860,00	860,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 15/09/2022  
 E-mail : www.h.kzaid.com



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 118 360 / 2022 du 15/09/2022

Nom patient : **CHAOUF FATIHA**

Entrée 15/09/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 15/09/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE RHUMATOLOGIE	1,00		300,00	300,00
Total Frais Clinique			Sous-Total	300,00
				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		300,00		300,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tél: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 29 00 44 77  
 Email: hopital@hkhz.gov.tn  
 Site: www.hkhz.gov.tn