

## 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 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.

**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° W21-769068

155557

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11661 Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre : .....  
 Nom & Prénom : HASSINE ABAF  
 Date de naissance : 08/08/72  
 Adresse : 14, Lot Pauphan, Dan Danazza  
Casablanca  
 Tél. : 0662512207 Total des frais engagés : 1502,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 23 10 2023  
 Nom et prénom du malade : HASSINE ABAF 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 : 31/03/23  
 Signature de l'adhérent : 

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
23.03.23	C3 + EIG			INP: 091172298



**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/3/23	198,00

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/03/23	B450	504,54h

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>
				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**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

# CLINIQUE BELLE VILLE

281 = 3/20 23

Mme ATF Hossine

129,00

PHARMACIE LES JARDINS  
DE L'OCEAN BAY Sarl Au  
Route d'Azemmour Km 15  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél : 05 22 29 08 29  
RC : 399360 - T.P. : 32960411

MBA3 0425  
LOT PER  
Prix 129.00

1) Naprine q

69.00 1 q ; x 1 mps

nmeil  
LOT : 220770  
DLUD: 10/20/25  
69,00DH

2) Kolmar gel

1 gel x 3 ; x 7j  
T: 198,00



DR. ATF  
ANESTHESIE-REANIMATION  
PHARMACIE LES JARDINS  
DE L'OCEAN BAY Sarl Au  
Route d'Azemmour Km 15  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél : 05 22 29 08 29  
RC : 399360 - T.P. : 32960411

391, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 30 30 • Fax : +212 522 99 30 26 • GSM : +212 661 333 999

E-mail : [cliniquebelleville@cliniquebelleville.com](mailto:cliniquebelleville@cliniquebelleville.com) - Site web : [www.cliniquebelleville.ma](http://www.cliniquebelleville.ma)  
Patente : 34751012 Identifiant Fiscal : 50560151 CNSS : 2832333 ICE : 002868326000095  
RIB : 190780212113658163000371 - Code SWIFT : BCPO MAMC

# CLINIQUE BELLE VILLE

23.03.23

Mme AFAF HASSINE

- Tropisme IC
- D - dimers.

AFHF HASSINE  
F  
2303231060  
SCAN ORDO  
BEVI  
01-01-1960



LABS LABORATOIRE DE BIOLOGIE  
ACCEUIL  
24, Rue Savoie, RDC de la Rés Savoie - 20380  
Casablanca - Tél: 0522 272 622 - Fax: 0522 277 887  
DR. A. MAMMAM  
Anesthésie - Réanimation

1R 3CC  
1B OK

22 : 23



# مختبر البيولوجيا سبتة للتحاليل الطبية و المتخصصة

## LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA d'analyses médicales et spécialisées



Mme. AFAF HASSINE

BELLE VILLE PRIVEE

**FACTURE N° 230300278**

Dossier : 2303231060 du : 23-03-2023 à 23:26



**PPRESCRIPTEUR :**

**ACTE :**

**Analyses :** EXT, ASPECT, V, CENTRI, TROPO, DDI, M

**FACTURATION:**

**Total en DH : 904.5**

neuf cent quatre dirhams cinquante centimes

En vous remerciant pour votre confiance, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

**CASABLANCA, le Jeudi 23 Mars 2023**



Page 1 sur 1



**FACTURE**  
PreFacture  
Du : 23/03/2023

Etablie par : .

**Clinique**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
CONSULTATION EN URGENCE	1	400,00	400,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>400,00</b>

**Encaissement Compte d'Autrui**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
<b>TOTAL AUTRUI</b>			<b>0,00</b>

**Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I**

Arretée la presente facture à la somme de QUATRE CENTS DIRHAMS

	Patient
<b>Total TTC</b>	400,00



Mme. AFAF HASSINE



2303231060

BELLE VILLE  
Compte-rendu complet

DDN :01-01-1960

Dossier :2303231060

Du :23-03-2023 à 23:26

Prélèvement du :23-03-2023reçu dom

**Cher patient, nous vous remercions de votre confiance, et vous transmettons Vos résultats.**

**HEMOSTASE** Echantillon plasma citraté

D-Dimères  
(D-Dimer Exclusion Biomerieux)

178 ng/ml (<500)

**MARQUEURS CARDIAQUES** Echantillon plasmatique

Troponine I haute sensibilité  
(Access, Beckman Coulter hsTnI)

0.0033 ng/mL (<0.0198)  
3.300 ng/L (<19.800)

Edition validée par : Amal LOUAHABI

*Ce prélèvement a été réalisé en dehors de notre laboratoire. Sa qualité et l'authenticité des renseignements fournis restent sous la responsabilité de la structure où il a été réalisé.*



Page 1 sur 1



INPE : 093060820

AFAF, HASSINE  
ID:  
DOB:  
yr.

23-Mar-2023 21:44:56  
Vent rate: 107 BPM  
PR int: 172 ms  
QRS dur: 85 ms  
QT/QTc: 339/402 ms  
P-R-T axes: 53 66 58

SINUS TACHYCARDIA  
POSSIBLE LEFT ATRIAL ENLARGEMENT  
ABNORMAL RHYTHM ECG  
UNCONFIRMED REPORT

TA: 159/66  
SpO2: 100%

