

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 0053912

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5694 Société : 159104

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0611 382740 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/06/2023

Nom et prénom du malade : ELABOLI RAHMA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : fluxion de l'oreille moyenne

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) :



# 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
26.04.2023		K30	370000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. IMAN	26/04/23	245,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

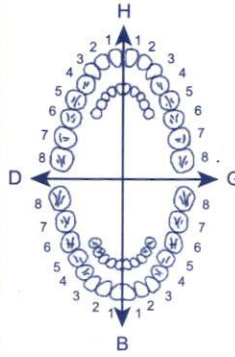
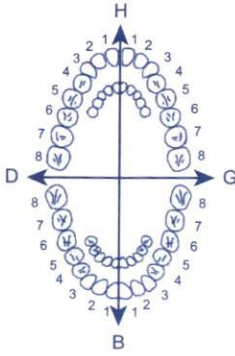
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr. Mustapha MOUHSINE

Ancien enseignant à la Faculté  
de Médecine à Casablanca  
Ex. Maître Assistant au CHU

Ibn ROCHD

Spécialiste en

TRAUMATO - ORTHOPEDIE



الدكتور مصطفى محسن

أستاذ بكلية الطب و الصيدلة

وبمستشفى ابن رشد سابقا

إختصاصي في

جراحة العظام و المفاصل

Berrechid, le...

25 AVRIL 2023

برشيد، في

**ORDONNANCE**

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten text: TRAUMATO - Ortho 50  
1 - 1 - 2023]*

Dr. Mouhsine Mustapha

Traumato - Orthopedie

Rue Okba Ibn Nafie - Berrechid

Tél: 0522 33 79 59





# معيمة الشفاء CLINIQUE CHIFA



060002557

## ORDONNANCE

Berrechid, le : 26.04.2023

LOT: 22E022  
PER: 08/2027  
FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V: 49DH00  
118000060062

RAHMA

LOT: M0817  
PER: 07/2024  
PPV: 195,20DH

1 Paradol

2el 2x6-

195,20  
- Zivox 400

49,80

icph  
Flogyl 500

24 3x6

Dr. M. MOUSSE  
Traumato - Orthopedie

245,00



7. تجزئة جدة - برشيد الهاتف / الفاكس : 05 22 32 42 80 الممول : 06 61 14 32 05

7, Lotissement Jaddah - Berrechid Tél./ Fax: 05 22 32 42 80 Gsm: 06 61 14 32 05



# عيادة الشفاء CLINIQUE CHIFA

Compte Rendu opératoire le 26.04.2023



060002557

Dr. M. MOHSINE  
Traumatisme - Orthopédie

Mme: ELABLI. RAHMA.

Patiente de 67 ans diabétique  
insuline dépendante, qui  
présente la suite d'une plaie  
du 5<sup>e</sup> doigt gauche nécessitant  
complément de phlébotomie 1

Opér: sous anesthésie générale  
incision sur 5<sup>e</sup> doigt, drainage  
de pus, lavage au serum  
salé oxygéné.  
Pansement.



Dr. M. MOHSINE  
Traumatisme - Orthopédie

7, Lotissement Jaddah - Berrechid BP 308 - برشيد - تجزئة جدة - 7

Gsm : 06 61 14 32 05 / Tél./Fax: 05 22 32 42 80 Patente N°: 40720200 - CNSS N°: 2922682

Compte Bancaire : Agence Berrechid RIB N° 117621212115848620000510 - IF: 6101098

ICE: 001785613000068





# مركز الشفاء CLINIQUE CHIFA

Berrechid le :26/04/2023



060002557

**FACTURE:N°P62/23**

**Nom et prénom : EL ABDLLI RAHMA**

**Date d'entrée :26/04/2023**

**Date de sortie :26/04/2023**

INTITULE	JOUR	QTE	PU	MT
Chambre simple	1		400	400,00
Bloc opératoire K30				1 200,00
<b>Sous Total Clinique</b>				1 600,00
<b>***HONORAIRES***</b>				
Dr MOUHSINE K30				1 600,00
Dr EL OUASSI K15				500,00
<b>Sous Total Honoraire</b>				2 100,00
<b>TOTAL</b>				3 700,00

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:**

**TROIS MILLE SEPT CENT DHs**



7, Lotissement Jaddah - Berrechid BP 308 - برشيد - تجزئة جدة - 7

Gsm :06 61 14 32 05 / Tél./Fax: 05 22 32 42 80 Patente N°: 40720200 - CNSS N°: 2922682

Compte Bancaire : Agence Berrechid RIB N° 117621212115848620000510 - IF: 6101098

ICE: 001785613000068



معيّة السّفاء  
CLINIQUE CHIFA

BERRECHID LE : 26/04/2023



060002557

**NOTE D'HONORAIRES**

DR MOUHSINE Mr. : EL ABDLLI RAHMA

*D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente  
suivant l'usage sa note d'honoraires pour K30*

*S'élevant à la somme de mille six cent (1600.00) dirhams.*



7, Lotissement Jaddah - Berrechid BP 308 - برشيد - تجزئة جدة -

Gsm : 06 61 14 32 05 / Tél./Fax: 05 22 32 42 80 Patente N°: 40720200 - CNSS N°: 2922682

Compte Bancaire : Agence Berrechid RIB N° 117621212115848620000510 - IF: 6101098

ICE: 001785613000068



مركز الشفاء  
CLINIQUE CHIFA

BERRECHID LE : 26/04/2023



060002557

**NOTE D'HONORAIRES**

DR B.EL OUASSI Mr. : EL ABDLLI RAHMA

*D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente  
suivant l'usage sa note d'honoraires pour K15  
S'élevant à la somme de cinq cent (500.00) dirhams.*



7, Lotissement Jaddah - Berrechid BP 308 - برشيد - تجزئة جدة - 7

Gsm :06 61 14 32 05 / Tél./Fax: 05 22 32 42 80 Patente N°: 40720200 - CNSS N°: 2922682

Compte Bancaire : Agence Berrechid RIB N° 117621212115848620000510 - IF: 6101098

ICE: 001785613000068



N° DOSSIER

Nom : ABDI

Prénom : RATION

Date d'Entrée : 26/04/2023

Date de Sortie : 26/04/2023

Médecin Traitant : Dr. M. M. M. M.

Diagnostic : Maladie de la peau

Traitement : ↓ Douce soignée

Ordonnance :

Dr. M. M. M. M.  
Clinique CHIFA  
07, Lotissement Jaddah  
Berrechid  
Tél/Fax: 05 22 32 42 80

R.D.V

Clinique CHIFA  
07, Lotissement Jaddah  
Berrechid  
Tél/Fax: 05 22 32 42 80



**BILLET DE SORTIE**

**URGENCES 24H / 24H**

---

7, Lotissement JADDAH Route De Marrakech - Berrechid

Gsm: 06 61 14 32 05 /Tél.fax : 05 22 32 42 80