

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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

M23- N° 0042261

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01697 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELBEIDA Mohammed

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : DARR EL HANA RUE 17 N° 24

CASABLANCA

Tél. : 0662026473 Total des frais engagés : 729,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/02/24

Nom et prénom du malade : A. HELLOU ATIA Age : 52

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Affection de longue durée

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 : OUA Le : 22/02/24

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 27.02.24        |                   | CS 3000A              |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Préparateur                                                                             | Date     | Montant de la Facture |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Pharmacie SOPHIA<br>Mme. Benbrahmane ip. Soudani<br>4, Bd Ibnou Sina - CASABLANCA<br>Tél: 022 55 01 11<br>02054360 | 27/02/24 | 629.70<br>(629.70)    |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

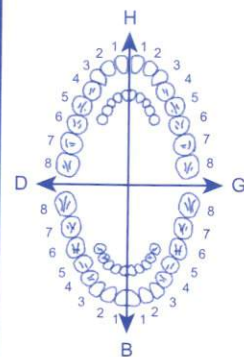
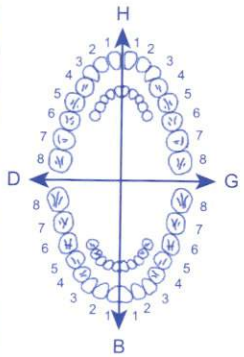
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 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><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H<br/> 25533412<br/> 00000000<br/> D<br/> 00000000<br/> 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H<br/> 21433552<br/> 00000000<br/> G<br/> 00000000<br/> 11433553<br/> B </div> </div> |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |             | 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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

27/2/2024

المرضى HECUONCE  
Fatiha

PHARMACIE SOPHIA  
Boulevard Mohamed Taieb Naciri  
BP 82403 Casa Oum Rabii Cas  
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367  
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

2500 407

2 pil / j  
at le petit dty  
5 par he 1/2  
dans le mss

45.90

2/

Tribentrie

2 pil

89.50

3/

Le Nozav

99.00

4/

Ante GAS

2 pil

PPV: 195DH30  
PER: 02/25  
LOT: M4121-3

LOT: 4189  
PER: 05/28  
P.P.V: 45 DH 90

**RELAXA**

LOT 22.012/FC1  
01/2025 IPC 89.50

LOT UT AV  
NEWPHARMA PEC

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Cas  
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367  
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

Date : 27/02/2024  
Numéro : 33 673



090061862

Nom patient : ELHELLOULI FATIHA

Médecin : DR. BENJELLOUN NABIL  
Hépto-gastro-entéro

2400838924

PAYANTS

|                                          | Montant |
|------------------------------------------|---------|
| CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE | 300,00  |

|                                                            |        |
|------------------------------------------------------------|--------|
| Total                                                      | 300,00 |
| Arrêtée la présente à la somme de :<br>TROIS CENTS DIRHAMS |        |

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 22 89 28 54  
contact@hckm.hck.ma

Date du prélèvement : 22-02-2024 à 11:32

Code patient : DEVIS1410230002

Né(e) le : 16-09-1971 (52 ans)



**Mme Fatiha EL HELLOULI EP  
BELBEIDA**

Dossier N° : 2402222010

Prescripteur : Dr NABIL BENJELLOUN

## ANALYSES SPECIALISEES

### RECHERCHE D'HELICOBACTER PYLORI (test respiratoire à l'urée marquée au 13C)

INDEX T0: -26.0

INDEX T30 -22.6

T30-T0 3.4

Résultat

NEGATIF

**Interprétation:**

Index T30-T0  $\leq 5.0$ : Test négatif

Index T30-T0  $> 5$  et  $\leq 10.0$ : test équivoque, à confronter aux données cliniques

Index T30-T0  $> 10.0$ : Test POSITIF

Validé par le biologiste

  
**EVOLULAB**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. Aziz MOTAOUAKKIL  
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca  
Tél. 05 22 95 03 34 - Fax 05 22 94 77 45  
Email : evolulab@hotmail.com - RC : 267035



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

Date : 27 / 02 / 2024

Quittance - Paiement espèces 0861697

IPP : .....

N° D'admission : 2600838926 Montant : 300,00 Dh

Patient : ELHELLOULI FATIMA

Payé par : Elh. [Signature]



Cachet