

# 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.

## Diagnostique 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  
Mise 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° P19- 065381  
ND= 27419  
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5018 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : M. SAROUTI Hassan  
Date de naissance : 09-01-1957  
Adresse : Rue 83, n° 45, Dar el Hachem Hay Hassan  
Casablanca  
Tél. : 0662250299 Total des frais engagés : 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 : Traite le malade depuis 12/6

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-065381

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



# 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
27/02/19		5843	129486	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur

PHARMACIE ALI IOUD  
Dr. BELLAOUI ABAPAT  
Rm al Lahlat Bouskoura  
Tel : 05 22 33 45 36

Date

Montant de la Facture

27/02/19

190.20

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

Chargé de Pharmacie  
+ Soins

2500

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
				<table> <tr> <td>H</td><td>G</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>B</td><td></td></tr> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	G																	
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS															
			DATE DU DEVIS																
			DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



# وصفة طبية Ordonnance

27/02/2020

Casablanca, le :



2000190601 / 170509072148HA

Prénom : Hassan

Nom : SAROUTI

DDN : 09/01/1957 E: 27/02/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

188.20  
A Augmenter de



PPV: 168,20 DH  
INT: 623079

22.00 1m x 8g. 27/02/15



22.00  
Lecol

2cpx 2g. 27/02/15

22.00

T = 190,20

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. Mehdi Mohamed EL HABBOU  
Urgentiste

PHARMACIE AL JOUD  
Dr. BELLOUL ARAFAT  
Rmal Lahlal Bouskoura  
Tél: 05 22 33 45 36

Adresse : Boulevard Mohamed Taleb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

D Shonssi





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة  
علاج تكون بحث



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2000190601 / 170509072148HA

Prénom : Hassan

Nom : SAROUTI

DDN : 09/01/1957 E: 27/02/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

22/02/2020

K15

+ Kit de suture

+ Xylacaine + seringue  
d'insuline

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@hck.ma  
N°190601

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Ass. Hamza GENAIEUR  
Traumatologie-Orthopédie

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

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

27/02/2020  
20:09

Nom Patient : SAROUTI HASSAN

Numéro dossier : 2000190601

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
27/02/2020	SERINGUE 1ML	831927	1,00	0,78	0,78
27/02/2020	SERINGUE 10ML	831927	1,00	0,84	0,84
27/02/2020	COMPRESSE STERILE TISSE 7.5X7.5 PQT5	831927	2,00	1,77	3,54
27/02/2020	BANDE DE CREPE 5 CM	831927	1,00	3,48	3,48
27/02/2020	LIDOCAINE LAPROPHAN 1%20ml Injecta (01)	831927	1,00	15,70	15,70
27/02/2020	ETHILON 4/OCT 3/8 16MM	831927	1,00	26,52	26,52
27/02/2020	SET DE SUTURE REF470258	831927	1,00	39,00	39,00
Total pharmacie					89,86

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél: 05 39 03 53 45  
Fax: 05 39 03 53 46  
N° 2000190601  
27/02/2020 20:09

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 28 413 / 2020 du 27/02/2020

Nom patient : SAROUTI HASSAN

Entrée 27/02/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 27/02/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation initiale d'urgences hors déchocage	1,00		100,00	100,00
- Consultation de spécialiste en urgence	1,00		200,00	200,00
- Radiographie de la main sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographique supplémpentaire K15	1,00		50,00	50,00
	15,00	K15	45,00	675,00
			Sous-Total	1 205,00
PHARMACIE	1,00		89,86	89,86
			Sous-Total	89,86
Total Frais Clinique				1 294,86

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGT-QUATORZE DIRHAMS QUATRE-VINGT-SIX CENTIMES

Total 1 294,86

	Carte Bq	Total encaissé	Solde
Encaissements	1 294,86	1 294,86	0,00



Casablanca , le 27/02/2020

PATIENT : SAROUTI Hassan  
MEDECIN TRAITANT :  
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Main F+P**

Axes osseux bien alignés.

Interlignes articulaires conservés.

Structure osseuse normale.

Pas d'anomalie des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr BELYAMANI**

BELYAMANI Khalid  
Radiologue  
INPE: 091018505

