

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



33 111

## Déclaration de Maladie : N° P19-0010398

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7250 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Selmaoui ABDELATIF Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : Selmaoui Abdelatif Age : .....

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

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

20 JAN 2020

ACCUEIL

# 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
16/06/2022			6	
15/06/2022			5	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE EL OUBRA 244, Kot. Wafas Deroua Dr. EL MARWANI Tél: 05 22 53 20	17/6/22	21.38

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. MAHMOUD M. EL MARWANI Professeur et Chef de Service Radiologie et Imagerie Médicale Hôpital Universitaire - Casablanca Tél: 05 22 53 20	15/06/2022	Rx - Épanche Echographie - Service Radiologie - Supplément service technique	100,00 40,00 50,00

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>	Coefficient DES TRAVAUX
	<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>	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'EXECUTION

# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

16/06/20

الحملاني عبد الله

13.10

Relaxol

1 cp x 2 x 3 / 5

22.20

Co talir

1 cp x 3 / 5

75.30

PHARMACIE EL OUMOUMA  
244 Lot. Wafae Deroua Berrechid  
Dr. EL MARWANI Othman  
Tél : 05 22 53 20 54

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Pr Ass CHAGOU Aniss  
Orthopédie Traumatologie



P.P.V. : 53DH10



CP B20

LOT : 19E008  
PER : 10 2022

091177519

22,20

FPV 22DH20  
PER 10/21  
LOT 12423





## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

25/06/2020

Je hnam Abdelhak

Dr epul Dr

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 44 66  
E-mail : [www.hck.ma](mailto:www.hck.ma)

091177519

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Pr Ass CH AGOU Aniss  
Orthopédie - Traumatologie

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 44 66  
E-mail : [www.hck-fckm.ma](mailto:www.hck-fckm.ma)



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

15/06/2020 *si'naoui Astellahy*

*العلاج - العظام  
OT  
Tensio-pulse x 10 x p.m*

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 44 56  
E-mail : www.hck.ma

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Pr. CHAGOU Aniss  
Orthopédie - Traumatologie  
09 71 72 85 9



Casablanca , le 15/06/2020

PATIENT : SAHNAOUI ABDELLATIF

MEDECIN TRAITANT :

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Epaule F+P**

### **Rx EPAULE DROITE F/P**

Minéralisation osseuse normale.

Articulation scapulo humérale de morphologie normale.

Réduction de l'espace sous acromial

Absence de calcification des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MAHI**

Code INPE: 011051430

Dr. MAHI Monamed  
Professeur en Radiologie  
Diagnostic et Interventionnelle  
Hôpital Universitaire  
Cheikh Khalifa Ibn Zaid - Casablanca  
tél. 61 29 22 10 - Code INPE: 011051430





Casablanca , le 15/06/2020

PATIENT : SAHNAOUI ABDELLATIF

MEDECIN TRAITANT : PR CHAGOU

### ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE DROITE

#### TECHNIQUE :

- Des coupes échotomographiques ont été réalisées au niveau des deux épaules de façon comparative à l'aide d'une sonde de 8 / 12 Mhz.

#### RESULTATS :

- Aspect hypoéchogène et inhomogène des tendons supra épineux.
- Rupture partielle du tendon supra épineux droit
- 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.
- Absence de syndrome de masse péri articulaire.
- Absence d'épanchement synovial.
- Absence de calcification tendineuse.
- Limitation des mouvements de l'abduction et de l'élévation des membres

#### CONCLUSION :

- Aspect échographique en faveur d'une tendinopathie bilatérale des supra épineux avec rupture partielle à droite.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MAHI**

Code INPE: 011051430



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 200615135517FO / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000216601	SAHNAOUI ABDELLATIF	15/06/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	015039	730,00
	Total payé	730,00

Reçu établi par :FOUSAB



مركز مدفوعات

15/06/20

13:51:37

9900397911

93979101

HOP CHEIKH KHALIFA G5

Casablanca

A0000000032010

APP : VISA ELECTRON

SAHNAOUI/ABDELLATIF.MR

xxxxxxxxxxxxxx6486

06/22 CARTE NATIONALE

B53C83095003EF15

626-0-9999-1-44

MONTANT: 730,00 MAD

NUM TRANSACTION : 021

NUM AUTORISATION: 0N7078

STAN : 015039

DEBIT

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT