

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

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.

## ducation :

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.

## ntaire :

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

Reclamation : 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](http://www.mupras.com)



LAKHOUCH SAADIA  
Déclaration de Maladie

Nº P19-0046938

ND: 53432

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11413

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZOUVINKA AHMED

Date de naissance : 02-05-1967

Adresse : 05 Rue gharb Fm 1:1m'1c

Mohamed

Tél. : 0666354186 Total des frais engagés : 0 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/08/2020

Nom et prénom du malade : LAKHOUCH SAADIA

Age : 52 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Cholecystectomie

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) :

### RELEVE 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                                                        |
| 26/02/20                                                                                        | Forfait           | K120                  | 210 2250                        | Dr. Adel BOUSSABIR<br>Chirurgien<br>13.BD de La Grande Ceinture<br>Hay Mohammadi - Casablanca<br>TEL : 05 22 03 63 20 |
| CLINIQUE LES MIMOSA<br>BP 1000 Casablanca 20500<br>Tél : 05 22 03 63 20<br>Fax : 05 22 03 63 21 |                   |                       |                                 |                                                                                                                       |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

|                                        |      |                       |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |

### 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES                                                                                                                                       | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
|                                                                                                                                                       |                |                  |             |                         |
| <img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A coordinate system is overlaid with H at the top, G at the right |                |                  |             |                         |

مصحة ميموزا - المحمدية  
Clinique Les Mimosas - Mohammedia

Mohammedia, le: 26/08/2000  
المحمدية في

Nom et Prénom: Mme LAKHOUCHI Saadie

cholecystectomie retroussée  
coelios.

Opé

Opé en OR, form AG Dst, ATB.

Open coelios au niveau de  
l'ombilic.

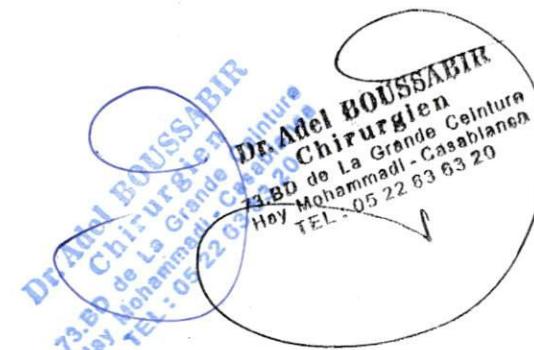
Exploration VR litière sèche  
a priori fine

Dissection du hile cystique.

Cholecystectomie retroussée

Extraction de la VR par  
l'Dr. Dr.

Drainage son hépatique /  
fermeture Ig. nifig  
Ig tronc.



## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

21/12/2020  
16:29

Nom Patient : LAKHOUCH SAADIA

Numéro dossier : 20H260750

| Date       | Produit consommé         | N° BS | Quantité | Prix Unit. | Total                  |
|------------|--------------------------|-------|----------|------------|------------------------|
| 26/08/2020 | PROPOFOLFRESENIUS10MG/ML | 4268  | 2,00     | 37.40      | 74.80                  |
| 26/08/2020 | MIDAZOLAM5MGINJECT       | 4268  | 1,00     | 7.87       | 7.87                   |
| 26/08/2020 | ESMERONINJECT            | 4268  | 1,00     | 48.50      | 48.50                  |
| 26/08/2020 | FENTANYL0.5MG/10MLINJECT | 4268  | 1,00     | 19.21      | 19.21                  |
| 26/08/2020 | MAXICLAV1GINJECT         | 4268  | 1,00     | 23.90      | 23.90                  |
| 26/08/2020 | AXIMICINE1GINJECT        | 4268  | 1,00     | 7.07       | 7.07                   |
| 26/08/2020 | SERUMSALE9%500ML         | 4268  | 6,00     | 12.20      | 73.20                  |
| 26/08/2020 | SERUMGLUCOSE5%           | 4268  | 3,00     | 12.54      | 37.62                  |
| 26/08/2020 | ELECTRODECGADULT5.5/25   | 4268  | 3,00     | 3.21       | 9.63                   |
| 26/08/2020 | PARACETAMOL10mg/ml       | 4268  | 3,00     | 15.00      | 45.00                  |
| 26/08/2020 | ACCUPAN                  | 4268  | 2,00     | 6.54       | 13.08                  |
| 26/08/2020 | INTRANULE                | 4268  | 1,00     | 6.58       | 6.58                   |
| 26/08/2020 | PERFUSEURENYKDL          | 4268  | 1,00     | 8.29       | 8.29                   |
| 26/08/2020 | SONDEDINTUBATIONA/B7     | 4268  | 1,00     | 15.77      | 15.77                  |
| 26/08/2020 | SONDEDASPIRATIONCH14     | 4268  | 1,00     | 12.47      | 12.47                  |
| 26/08/2020 | PROSTEGMINE              | 4268  | 1,00     | 4.25       | 4.25                   |
| 26/08/2020 | ATARAX                   | 4268  | 1,00     | 0.98       | 0.98                   |
| 26/08/2020 | GANTSSTERILE6.5          | 4268  | 1,00     | 8.02       | 8.02                   |
| 26/08/2020 | GANTSSTERILE7.5          | 4268  | 1,00     | 8.02       | 8.02                   |
| 26/08/2020 | LAMEDEBISTOURIN°11       | 4268  | 1,00     | 3.91       | 3.91                   |
| 26/08/2020 | HEMOVACCH14              | 4268  | 1,00     | 55.40      | 55.40                  |
| 26/08/2020 | POCHEAURINE              | 4268  | 1,00     | 4.68       | 4.68                   |
| 26/08/2020 | NYLON 3/0 A/T            | 4268  | 1,00     | 16.25      | 16.25                  |
| 26/08/2020 | VICRYL 1 A/R 40MM        | 4268  | 1,00     | 45.50      | 45.50                  |
|            |                          |       |          |            | Total pharmacie 550.00 |



CLINIQUE LES MIMOSAS - MOHAMMEDIA

MULTIDISCIPLINAIRE

.....  
.....

F A C T U R E

N° : 1072 / 2020 du 05/09/2020

DUPPLICATA

|                 |                 |        |            |
|-----------------|-----------------|--------|------------|
| Nom patient     | LAKHOUCH SAADIA | Entrée | 26/08/2020 |
| Prise en charge | CNSS            | Sortie | 28/08/2020 |
| Adresse : rab   |                 |        |            |

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire     | Montant         |
|-----------------------------|--------|------------|-------------------|-----------------|
| SEJOUR                      | 2.00   |            | 400.00            | 800.00          |
|                             |        |            | <i>Sous-Total</i> | 800.00          |
| PHARMACIE                   | 1.00   |            | 550.00            | 550.00          |
|                             |        |            | <i>Sous-Total</i> | 550.00          |
| <b>Total Clinique</b>       |        |            |                   | <b>1 350.00</b> |

|                                 |      |                   |          |                 |
|---------------------------------|------|-------------------|----------|-----------------|
| DR. BOUSSABIR (chirurgien)      | 1.00 | 2 800.00          | 2 800.00 |                 |
| DR. SADIKI (anesthesiste)       | 1.00 | 800.00            | 800.00   |                 |
|                                 |      | <i>Sous-Total</i> | 3 600.00 |                 |
| BLOC OPERATOIRE K120            | 1.00 | 2 550.00          | 2 550.00 |                 |
|                                 |      | <i>Sous-Total</i> | 2 550.00 |                 |
| <b>Total Autres prestations</b> |      |                   |          | <b>6 150.00</b> |

|                                             |                      |       |          |
|---------------------------------------------|----------------------|-------|----------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : |                      | Total | 7 500.00 |
| SEPT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS               |                      |       |          |
| Immatriculation :                           | Adhérent :           |       |          |
| Affiliation :                               | N° prise en charge : |       |          |
| Cin :                                       |                      |       |          |

LA SOMME PAYEE PAR L'AMO : 5250,00 DHS

LA SOMME PAYEE EN ESPECES PAR L'ADH : 2250,00 DHS





Casablanca, le 01/09/2020 الدار البيضاء، في

ection de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

CLINIQUE LES MIMOSAS  
HASSAN II, LA SIESTA, N 4

20800 MOHAMMADIA

CNSS

070088312

AMO



f : N° d'immatriculation 116744543

nom et prénom de l'assuré : LAKHOUCH SAADIA  
118

jet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

dame, Monsieur,

سيدي، سيدتي

réponse au dossier de prise en charge numéro  
088312 , reçu le 26/08/2020, nous vous faisons  
t de notre accord concernant :جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم 70088312  
والذي وافينا به بتاريخ 26/08/2020 نطلعكم على  
موافقتنا بخصوص: bénéficiaire  
établissement  
: montant  
: validité de prise en chargeLAKHOUCH SAADIA  
090062597  
5250,00Dhs  
du 26/08/2020 au 25/09/2020المستفيد  
المؤسسة العلاجية  
المبلغ  
مصلحة التحملCette attestation doit être jointe à votre demande de  
remboursement à déposer impérativement dans un  
si n'excédant pas 3 mois à compter de la date de  
sortie du patient de votre établissement et ce, pour  
que cela permette de bénéficier du règlement des frais  
d'hospitalisation selon les conditions et modalités  
établies par voie réglementaire.هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه  
في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ خروج المريض من  
مستشفيك، وذلك لتمكينك من الاستفادة من استرخاع  
مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي  
يحددها القانون.ssi, nous vous signalons que la non réalisation des  
dans les délais sus mentionnés rend la présente  
attestation sans effet.كما ننير انتباهم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل  
الأجال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة  
صلاحيتهاVeuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de  
nos salutations distinguées.

ونتمنى لكم طيب الصحة

تحياتنا

مصلحة الموافقة المسبقة و التحمل  
Service Entente Préalable et Prise en ChargeRESULTATS ANA-PATH  
CRO  
C  
C