

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.
- Le 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



246139

Déclaration de Maladie : N° S19-0049952

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11051 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ARISS HASSANE Date de naissance : 01/03/78
Adresse :
Tél. : 06 61 34 56 25 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/11/2022
Nom et prénom du malade : MR ARIS HASSANE Age : 44 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Carcinome
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 : CASA 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
22/11/2022		30000		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/11/2022	160,45

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/11/22	Rx scopie cervical	18000

AUXILIAIRES MEDICAUX

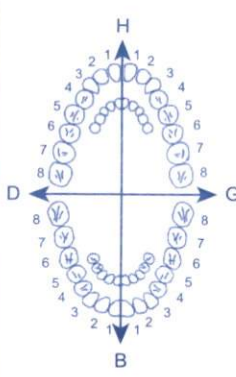
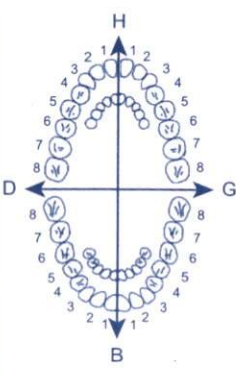
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

PPV: 86DH40
PER: 03/25
LOT: L1280-1



P.P.V :
LOT :
EXP :

37,00

وصفة طبية

Ordonnance

21/11/2022

37,00

P.P.V :
LOT :
EXP :

Dr Aniss Hassane

37,00 x 2

① Acéthio



2cp x 3f/j

7j

86,40

② Dolicox comp



1cp x 1f/j

7j

160,40

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H
Hay Laymouine - Hay Hassani
Tél: 05 22 93 86 44 - Fax: 05 22 93 87 15
ICE: 067531560000076 - IP: 40156000

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H
Hay Laymouine - Hay Hassani
Tél: 05 22 93 86 44 - Fax: 05 22 93 87 15
ICE: 067531560000076 - IP: 40156000



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 22/11/2022

Dr Anas Hassane

Rx Rachis cervical

F+D



CASABLANCA, le 22/11/2022

PATIENT : **ARISS Hassane**

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Rachis cervical**

Rx DU RACHIS CERVICAL FACE/ FACE BO /PROFIL

Résultats :

- Discrète rectitude du rachis cervical.
- Canal rachidien de calibre normal.
- Respect de la hauteur et de l'alignement vertébral.
- Arthrose inter apophysaire postérieure avec uncarthrose étagée.
- Pincement discal global étagée marquée au niveau C5-C6 et C6-C7
- Parties molles pré vertébrales d'épaisseur normale.
- Absence d'anomalie au niveau des apex pulmonaires.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr KASSIMI-Dr ABDOULRAZAK**

Dr. Kassimi Marham
Médecin, Spécialiste
Radiologie



F A C T U R E

N° 154 307 / 2022 du 22/11/2022

Nom patient : **ARISS HASSANE**

Entrée 22/11/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 22/11/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DU RACHIS CERVICAL DE FACE	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	180,00
Total Frais Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

Total 180,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			180,00		180,00	0,00

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL
CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
SERVICE RADIOLOGIE

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 154 252 / 2022 du 22/11/2022

Nom patient : **ARISS HASSANE**

Entrée 22/11/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 22/11/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE RHUMATOLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 05 29 03 53 45
 05 22 89 28 54
 001740003000026

CASABLANCA

Nº: 221122151853SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200597079	ARISS HASSANE	22/11/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	9993	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : SAR.SLA

tel: 05 29 03 53 45
fax: 05 29 00 44 77
e-mail: contact@kmk.ma
N° INP 03005187

