

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.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALQ :

- 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
- 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0010312

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique **188323** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **00512** Société : **R.A.M**
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **1**
 Nom & Prénom : **EL MOUMI M. Abdelkum**
 Date de naissance : **21-01-45**
 Adresse : **Hay el Hana Rue 32 N°32 Case**
 Tél : **06 19 44 96 32** Total des frais engagés : **329,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **15/11/23**
 Nom et prénom du malade : **S. G. I. G. I.** Age : **77 ans**
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : **goutte**
 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 : **26/12/23**
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/11/23 | 105 | | 6 | Pr CHAGOU Orthopédie-Traumatologie INP : 091177519 Tél : 06 61 55 25 72 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE ROYAL D'AZEMMOUR Hay Hassane - Gerb Cuarda Boc 607 N° 57 - Casablanca Tél : 05 22 22 22 22 INP : 092051085 | 15-11-2023 | 149,00 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| Service Radiologie Tél : 05 22 22 22 22 | 15/11/2023 | 12a | 180,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 canaux, 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 COEFFICIENT 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] 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



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

16/11/2025

~~Dr. AGHIO~~
Orthopédie Traumatologie
Tél : 00 01 55 25 72

Re plus 2 genres F + P.
à charge

Hôpital Cheikh Khalifa
Service Radiologie
Tél : (+212) 00 44 64 64
Tél : 00 01 55 25 72

~~Dr. CHAGO~~
Orthopédie
Tél : 00 01 55 25 72



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

15 / 11 / 2023

LOT: 2302016
FAB: 02/2023
EXP: 02/2026
PUC: 149.0004

Dr. H. H. H. H. H.

PHARMACIE ROUTE
D'AZEMMOUR
Hay Hassan - Berrb Ouarda
Bloc 607 N° 57 - Casablanca
Tél.: 05 22 90 38 99

Prescription



150210 15/11/23

PHARMACIE ROUTE
D'AZEMMOUR
Hay Hassan - Berrb Ouarda
Bloc 607 N° 57 - Casablanca
Tél.: 05 22 90 38 99

Pr CHAGOU Amis
Orthopédie-Traumatologie
INP : 091177519
Tél : 06 67 55 25 72



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 15/11/2023

Quittance - Paiement espèces 0829899

IPP :

N° D'admission : 23-779029 Montant : 180 Mdh

Patient : SAGID SAMDIA

Payé par : elle-même



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 160 655 / 2023 du 15/11/2023

Nom patient : **SAGID SAADIA**

Entrée 15/11/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 15/11/2023

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--|--------|------------|---------------|---------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| RADIOGRAPHIE DU GENOU DE FACE ET DE PROF | 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 | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
|---------------|---------|--|--|--|----------------|-------|
| | 180,00 | | | | 180,00 | 0,00 |

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026



CASABLANCA, le 15/11/2023

PATIENT : SAGID SAADIA

IPP : H0123034625

DATE NAISSANCE : 01/01/1946

NUMERO DOSSIER : 2300779029

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX des deux genoux F+P**

Résultats :

- Déminéralisation osseuse.
- Prothèse totale du genou sans signes de descellement.
- Pincement de l'interligne fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire du genou droit avec remaniements dégénératifs osseux (gonarthrose bi compartimentale).
- Absence de lésion osseuse suspecte.
- Absence d'anomalie évidente au niveau des parties molles du genou.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr BENSAD HOUDA – Dr FIGUA**


Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. ASS BOU... ANI NAWAL
RADIOLOGIE
021246434

