

# 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 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 066496

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2118 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TALLABI Ahmed / 95526

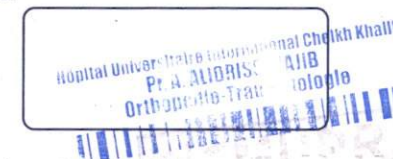
Date de naissance : 01.01.1949

Adresse : Al Khayma EL - N° 185 El-Safa Casablanca

Tél : 0672 18 0734 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07.11.2022

Nom et prénom du malade : MOULDY FATIMA Age :

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

Nature de la maladie :

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) :

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
10/02/24	1001 Facture	24	480,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/2/24	222,00

## 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	

# 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	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

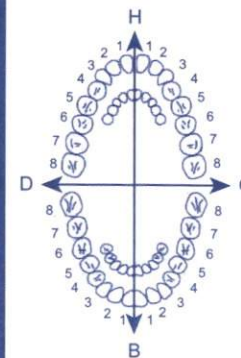
## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

## (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

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

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 23 117 / 2024 du 10/02/2024

Nom patient : **MOULDY FATIMA**

Entrée 10/02/2024

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 10/02/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DU POIGNET DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	480,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>480,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

**Total 480,00**

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	480,00				480,00	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
 Tél: 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 00 44 77  
 E-mail : contact@hckm.hck.ma  
 N°INP 090061862

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

12/02/24

Recevoir par Fatima

PPU: 222,00 DH  
LOT: 651423  
PER: 01/25

1. Sedol cp



1 cp x 3j post 7j  
si douleur

2.  
222,00

Augmenter la

1 x 3 <sup>(2)</sup> / 5 post 10j

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

**Dr FOUAIL MEHDI**

Médecin Résident - Traumatologie







Casablanca, le dimanche 11 février 2024

## Compte Rendu d'Hospitalisation

Identification du Patient		Information sur le Séjour
Nom :	MOULDY	Médecin traitant : Prof. Assistant AL IDRISSEI NAJIB Traumatologie
Prénom :	FATIMA	Service d'hospitalisation : HOSPI MERE ENFANT
Date de naissance :	01/01/1955	IPP du patient : 160216062501HA
Sexe :	Féminin	NDA séjour : CK2400635
		Entrée le : 11/02/2024
		Sortie le : 12/02/2024
Médecin correspondant		
Nom et prénom :		
Spécialité :		

### Contexte de l'admission :

TRAUMATISME FERME DU POIGNET GAUCHE

### Examens d'imagerie :

FRACTURE DE L'EXTREMITÉ DISTALE DU RADIUS

### Décision thérapeutique :

OSTEOSYNTHESE DU POIGNET GAUCHE

### Evolution :

SANS ANOMALIE

### TRAITEMENT DE SORTIE :

ANTIBIOTIQUE ANTALGIQUE

**Signature :**

Prof. AL IDRISSEI NAJIB



Casablanca, le dimanche 11 février 2024

## Compte Rendu opératoire

Identification du Patient	Information sur le Séjour
Nom : MOULDY	Médecin traitant : Prof. Assistant AL IDRISSE NAJIB Traumatologie
Prénom : FATIMA	Service d'hospitalisation : HOSPI MERE ENFANT
Age : 69 ans	IPP du patient : 160216062501HA
Sexe : Féminin	NDA séjour : CK2400635
Date de l'intervention : 11/02/2023	

### INTERVENANTS :

PR AL IDRISSE NAJIB

### ACTES CHIRURGICAUX EFFECTUES :

OSTEOSYNTHESE DU POIGNET

### MODE D'ANESTHESIE :

AG

*Patient informé des risques, conséquences et complications éventuelles de l'intervention.*

### COMPTE RENDU OPERATOIRE :

FRACTURE DEPLACÉE DE L'EXTREMITÉ DISTALE DU RADIUS GAUCHE  
PATIENTE SOUS AG, SUR TO MEMBRE SUPÉRIEUR GAUCHE SUR TABLE MARGINALE  
REDUCTION PAR MANŒUVRE EXTERNE  
CONTROLE SCOPIQUE SATISFAISANT  
MISE EN PLACE DE TROIS BROCHES DE KIRSCHNER  
CONTROLE SCOPIQUE SATISFAISANT  
FERMETURE AU VICRYL RAPIDE  
PANSEMENT  
ATTELLE ANTERIEURE

SPO:

ATB ANTALGIQUE

RADIO DE CONTROLE

**SIGNATURE :**

Prof. AL IDRISSE NAJIB

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. A. AL IDRISSE NAJIB  
Orthopédie-Traumatologie



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUIICK

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

20/02/24

2400828332 / 160216062501HA  
Prénom : FATIMA  
Nom : MOULDY  
DDN : 01/01/1955 E  
Service : URGENCES

PAYANT



22,00

1 - cedof

dep 3/5, 7

1 = 22,00 si douleur

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

**Dr FOUAD MEHDI**

Médecin Résident - Traumatologie



090061862

Pharmacie TAM  
Dr. Bennani Jaafar  
2, Bd Oued Sebou - Oulfa  
CASABLANCA  
Tél: 0522 90 18 99