

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- 066498

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2718 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TALLABI AHMED
 Date de naissance : 01.01.1949
 Adresse : AL Khayzama FK N°185 Casablanca
 Tél : 0672 18 0134 Total des frais engagés : 4780,00 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 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
02/04/24	CDA		300,00	

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

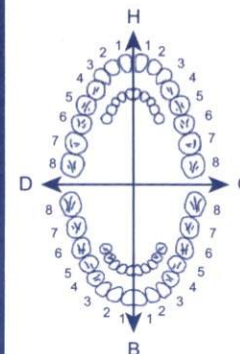
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

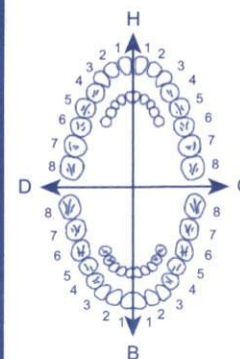
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr AL IDRISSI NAJIB
Professeur Agrégé / Chef de service
Traumatologie-Orthopédie

071153902

04/04/2014



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr AL IDRISSI NAJIB
Professeur Agrégé / Chef de service
Traumatologie-Orthopédie
Tél : (+212) 0529 004 466
E-mail : www.hck.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr AL IDRISSI NAJIB
Professeur Agrégé / Chef de service
Traumatologie-Orthopédie

071153902

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 52 447 / 2024 du 01/04/2024

Nom patient : MOULDY FATIMA

Entrée 01/04/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 01/04/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DU POIGNET DE FACE ET DE PR	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

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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 27/04/2024

Quittance - Paiement espèces 0871358

IPP :

N° D'admission : 2690 Montant : 180 2

Patient : M. OUKHAYMA FAYE

Payé par : elb



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 52 842 / 2024 du 02/04/2024

MOULDY FATIMA

Entrée 02/04/2024

Nom patient
PAYANTS

Sortie 02/04/2024

Prix

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
INTERNES				
ANESTHESIE PRE-ANESTHESIQUE	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					Total encaissé	Solde
						300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 01 13 17
E-mail: contact@hck.ma
N° INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 01/04/2024
Numéro : 52.347



090061862

Nom patient : MOULDY FATIMA

Médecin : PR. AL IDRISSE NAJIB
Traumatologie

2400857602

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE	300,00

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

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Consultation Chirurgie



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 21 / 04 / 2024

Quittance - Paiement espèces 0870913

IPP :

N° D'admission : 2400 857 602 Montant : 300,00 dh

Patient : MOULDY FATIMA

Payé par : TALLABI AHMED

Cachet





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 21 / 04 / 2024

Quittance - Paiement espèces 0870913

IPP :

N° D'admission : 2400 857 602 Montant : 300,00 Dh

Patient : MOULDY FATIMA

Payé par : TALLABI AHMED

Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HAÏCK

Date : 22/04/2024

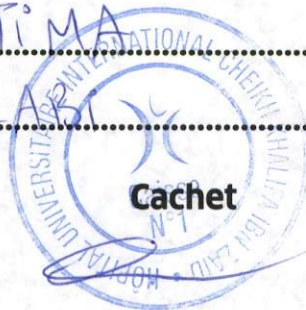
Quittance - Paiement espèces 0870958

IPP :

N° D'admission : 2400858100 Montant : 300,00 Dh

Patient : MOULDY FATIMA

Payé par : AHMED TALLABI





CASABLANCA, le 01/04/2024

PATIENT : MOULDY FATIMA

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

IPP : **160216062501HA**

DATE NAISSANCE : **01/01/1955**

NUMERO DOSSIER : **2400857700**

Rx POIGNET GAUCHE FACE ET PROFIL

RESULTATS :

- Contrôle d'une fracture sus articulaire déplacée de l'extrémité inférieure du radius avec matériel d'ostéosynthèse en place en cours de consolidation.
- Déminéralisation osseuse.
- Interligne articulaire respectée.
- Surfaces articulaires régulières.
- Absence de calcifications des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance
Signé : **Dr EL BENDADI Wafaa - Dr DAHER**

Hôpital Universitaire International
Dr EL BENDADI Wafaa
Radiologie
06730424



Id :
Fatima, Mouldy
Indéfini --- (---) Indéfini
Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :
Technicien :
Commentaires :

02/04/2024 11:29:10

FC: 67 bpm
PR: 198 ms
QRS: 78 ms
QT/QTcH: 400/412 ms
QTcB: 423 ms
QTcF: 415 ms

Rv5-v1 : 0.79/0.38 mV
Sok-Lyon : 1.17 mV
Axe: 38/-25/45 °

Rythme sinusal
Erreur possible de séquence: V2,V3 omis
--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexu du patient ---
Axe vers la gauche
ECG limite

RAPPORT NON CONFIRMÉ

