

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

N° W21-822012

203466

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5372 Société : R A M RETRAITE			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	GHOZLANI MOUROUDINE
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse : Lot 21 Lotissement HADJ EATÉH			
Tél. : 06 69 80 900		Total des frais engagés : Dhs	

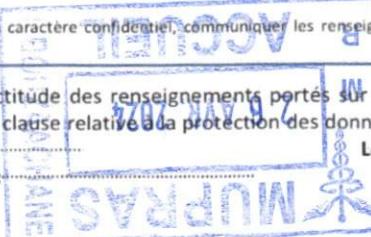
Autorisation CNDP N° A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Dr. CHAHBI Abdelhakim <i>Médecine Générale - Médecine des Urgences</i> <i>n° 540 Lot Hadj Fajah Oufia Casab 1er Etg Appt 1</i> <i>Tél : 0522.93.88.05 - Tel : 06.67.50.66.50</i>			
Cachet du médecin : Date de consultation : 28/02/2024			
Nom et prénom du malade : Boubaker Amino Age : 58 ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Capsulite de l'épaule gauche (Douleurs chroniques / Repère gach)			
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.

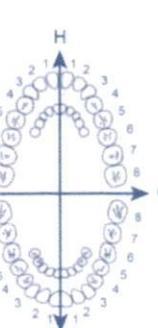
Fait à : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) :



Le : **28-02-2024**

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
28/12/2014 07/03/2014	C1 CG		200 DHS	INP : 0511285510 Dr. CHABBI Abdelhakim Médécine Générale - Médecine des Urgences 40 Lot Hadj Falah Oujda Casablanca

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 de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				INP : <input type="text"/>														
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000		35533411		B	11433553
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000																		
35533411																		
B	11433553																	
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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																		



ORDONNANCE

Casablanca le 28/02/2024

Boubri K Amina

Age : 56 ans

ATCD : RAS

Hôpital Cheikh Khalifa 106 Zaid
Service Radiologie
(+212) 0529 00 44 66
E-mail : www.hck-tckm.ma

qui se présente pour des douleurs
de l'épaule droite + blocage
à l'Abduction enlevant depuis
02 mois. (Suspicion de tendinopathie)

=> Faire SVP une Echographie
de l'épaule droite.

Dr. CHAHBI Abdelhakim
Médecine Générale - Médecine des Urgences
540 lot Hadj fatah ouffa Casab 1er Etg appart 1
0522.93.00.05 - Tel : 06.62.50.58.50



05-22-93-88-05



N°540, Lot hadj fatah, Oulffa, Casablanca, 1er étage

PATIENT : BOUBRIK Am*id*
IPP : 0119005327
DATE NAISSANCE : 25/08/1967
NUMERO DOSSIER : 2400840259



CASABLANCA, le 29/02/2024

ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE DROITE

Les tendons de la coiffe des rotateurs sont de morphologie normale.

Absence d'épanchement dans les gaines tendineuses.

Tendon du biceps en place.

Absence d'anomalie des muscles.

Epanchement des intervalles des rotateurs avec hypertrophie capsulaire sans anomalie doppler en

rapport à priori avec une capsulite rétractile à confronter aux données IRM.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr BERROUYNE

DR BERROUYNE
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Radiologue
061304218

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,

BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fckm.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N°

34 933 / 2024 du 29/02/2024

Nom patient : **BOUBRIK AMINA**

Entrée **29/02/2024**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **29/02/2024**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE	1,00		400,00 Sous-Total	400,00 400,00
Total Frais Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS	Total	400,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	400,00				400,00	0,00

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