

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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



203422 Déclaration de Maladie

M23- N° 0031356

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2118 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TALLABI AHMED

Date de naissance : 01.01.1949

Adresse : AL 12 Bouzama. E.V. N° 185 Casablanca

Tél. : 06 72 18 13 4 Total des frais engagés : 38990 F Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/04/2024

Nom et prénom du malade : FATIMA Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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 : 15/04/2024

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
15/04/2024				<div> <div> Pr AL IDRISSE NAJIB </div> <div> Professeur Agrégé / Chef de service </div> <div> Ortodontologie - Orthopédie </div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div> PHARMACIE </div> <div> DATTIER </div> </div>	15-04-24	209,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laborantin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<div> <div> Dr EL BENDADI WARFAE </div> <div> Radiologie </div> </div>	15/04/2024		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 :

Veillez 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td></td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td></td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 58 007 / 2024 du 15/04/2024

Nom patient : MOULDY FATIMA

Entrée 15/04/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 15/04/2024

	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

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	180,00				180,00	0,00

CASABLANCA, le 15/04/2024

PATIENT : **MOULDY FATIMA**

IPP : **160216062501HA**

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

NUMERO DOSSIER : **2400863345**

Rx POIGNET GAUCHE FACE ET PROFIL

Résultats :

- Contrôle d'une fracture sus articulaire de l'extrémité inférieure du radius légèrement déplacée, en voie de consolidation.
- Déminéralisation osseuse diffuse.
- Absence d'anomalie des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance
Signé : **Dr EL BENDADI-Dr BENNANI-Dr CHAMI**



20.60

01

PPV : 46,30

LOT : 23H31

EXP : 08/2026

LOT: 2312010
FAB: 12/2023
EXP: 12/2026
PUC: 143.000H



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

17/04/2017 Pr AL IDRISSE NAJIB
Professeur Agrégé / Chef de service
Traumatologie-Orthopédie
071153902

Handwritten signature: FADMA

46.30

① Drame l'oeil
Handwritten signature



463.00

② OSTE 24 1p C+matel
Handwritten signature



20.60

209.302
Handwritten signature



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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUIICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr AL IDRISSE NAJIB
Professeur Agrégé / Chef de service
Traumatologie-Orthopédie
071153902

Boulay

Handwritten signature: Boulay

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Pr AL IDRISSE NAJIB

Professeur Agrégé / Chef de service
Traumatologie-Orthopédie

071153902

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 15/04/2024

Quittance - Paiement espèces 874041

IPP :

N° D'admission : 2100863345 Montant : 180 DA

Patient : MOULOU ALI

Payé par : DALAB



Cachet