

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 canaux, 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 canaux.

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.

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° W19-437019

N° = 30752

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *5930* Société : *RAM*

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *ADGHOGHI LARBI*

Date de naissance : *07/01/1965*

Adresse :

Tél. : *0645692083* Total des frais engagés : *710,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *09/04/2020*

Nom et prénom du malade : *Roudaina Adghogi*

Age : *13 ans*

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

Nature de la maladie : *Traumatisme du coude*

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*

Le : *05/07/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



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
08/04/2020	CS	FN= 71000 39902		INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

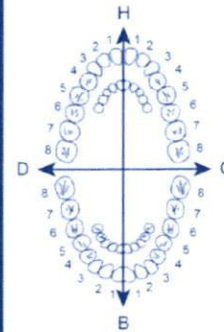
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

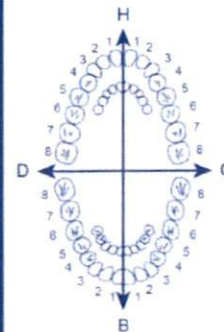
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
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



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

07/04/2020



2000202096 / H0120010857

Prénom : Roudaina

Nom : ADGHOGHI

DDN : 17/08/2007 **E:** 07/04/2020

Service : PEDIATRIE (NA)



PAYANT

Sexe: M

1/ Doliprane 500

1 sachet / 6 H en durée

~~Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeure Dr. Roudaina
Directrice de Pédiatrie~~

2000202096 / H0120010857
 Prénom : Roudaina
 Nom : ADGHOGHI
 DDN : 17/08/2007 E: 07/04/2020
 Service : PEDIATRIE (NA) / ... /


 PAYANT
 Sexe: M

BILAN RADIOLOGIQUE

Age : 1.3 ans

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☒ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

- Traumatisme du coude (chute sur le coude)
 - Clapet - douleur + enflure postérieure postelle
 - pas de conflits immédiats

• RADIO STANDARD : du coude gauche

☒ FACE

☒ PROFIL

..... Radi de l'épaule gauche Face

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

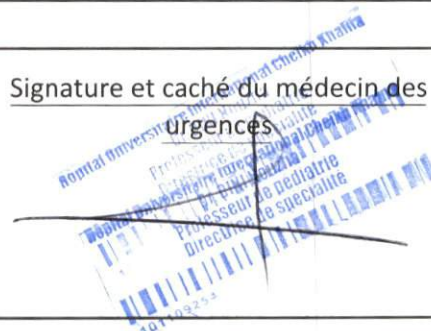
☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des urgences


 Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
 Service des Urgences Pédiatriques
 07 - 44111111
 Directeur de spécialité

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 39 902 / 2020 du 07/04/2020

Nom patient : **ADGHOGHI ROUDAINA**

Entrée 07/04/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 07/04/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION PEDIATRIE	1,00	CS	300,00	300,00
- Radiographie de l'épaule sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Radiographie du coude sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographique supplémpentaire	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	710,00
Total Frais Clinique				710,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
SEPT CENT DIX DIRHAMS	Total 710,00

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			710,00		710,00	0,00

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Reception