

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 Aliai Ben Abdella - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aliai Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel: 05 22 20 45 45 (G) - Fax: 05 22 22 28 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-431370

15064

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 04930 Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : BAPRA HASSAN			
Date de naissance :			
Adresse : habite elle			
Tél. : 0666199817 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> PT. O. MRKINSI-SLAQUI Chef du Service de Rhumatologie CHU IBN ROCHD CASABLANCA </div>	
Date de consultation :	31/10/19
Nom et prénom du malade :	Baba fatima
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	maladie de la fille
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 : Casab Le : 30/12/19
 Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-431370
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e)	
Matricule :	4930 BAPRA
Nom de l'adhérent(e) :	BAPRA
Total des frais engagés :	3012619
Date de naissance :	30/12/19

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
31/10/98 CS			600 F	INP :  INP :  Cher Service de Rhumatologie CHU de Paris Pr. S. [unclear] Pr. O. [unclear] Pr. O. [unclear] de Rhumatologie
01/11/98 CS			G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Qualier des Hôpitaux</i>	25/12/2019	380,00
<i>Qualier des Hôpitaux</i>	31/10/19	444,00
<i>Qualier des Hôpitaux</i>	02/12/19	220,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20.11.18	ECHO 9- C. Herville	300,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

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"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXÉCUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION												
D.O.F. PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1"> <tr> <td>20533412</td> <td>21433052</td> </tr> <tr> <td>00000005</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			20533412	21433052	00000005	00000000	D		00000000 00000000		35533411 11433553		B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
20533412	21433052															
00000005	00000000															
D																
00000000 00000000																
35533411 11433553																
B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

2/12/19

Mr. Baba Nasser Fatima

22gr

Duoflex:
1 gél au déjeuner

S.V

3 mois

Pr. O. MELNOUDI
Chef du Service d'Anesthésie et de Réanimation
CHU Hassan II
Sous-préfecture Hay Raja 1, Rue 6 N°: 1
TOURNAZEL - CASABLANCA
Tél: 0522 52 55 55

DUOFLEX 30 GELULES
LOT : 190003
PER : 30/07/2022
PRIX : 220DH

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

levard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : Fax : 0522 52 55 55

العنوان الإلكتروني : nie@menara.ma // cliniquecalifornie@gmail.com



IBN ROCHD
البيضاء
Casablanca

RDV le 20/11/19 à 8h30 pts

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd

Hôpital Ibn Rochd - Casablanca



المملكة المغربية
وزارة الصحة

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



BILLET D'EXAMEN

Date :

Prénoms - Nom du malade :

Mme BA BA Fatima

Service :

N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<p>- Echo de cavité de la</p> <p>nasus, douleur de l'oreille droite.</p>	

Dr. ZAHER Soukaina

Le médecin traitant : **Humatologie**
CHU Ibn Rochd - Casablanca

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30

Fax : 05 22 29 94 83



مصحة " كاليفورنيا " العدار البيضا .

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

31 (10) 19

we Dousif Baba fatima

222,00

**STRUCTUM 500MG 60 GE
MAPHAR
P.P.V. : 222,00 DH**

I gel mette

**STRUCTUM 500MG 60 GE
MAPHAR
P.P.V. : 222,00 DH**

10 de Agosto de 2010

Bois
les repas
444,2 3 euros

PHARMACIE AL JANDI
Hay Raja 1, Rue 6 N°. 1
BAGHDAD 5151

الدار البيضاء - كاليفورنيا - المنظر العام - RN545 - CASABLANCA

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55
العنوان الإلكتروني : cliniquecalifornie@menara.ma // cliniquecalifornie@gmail.com

Ministère de la Santé
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
Ec Hdg	
Chq. de	
Total	300,00

Quittance
Hôpital Ibn Rochd

N° 384880

le 20.11.19.

Signature du
Régisseur et Cachet

2



مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء . " Clinique " Californie "

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

2112119

Dr. Baba Nourif Fatima

3801 -
Quartier des Hôpitaux
Rue de la
3801 - Casablanca

chausselle de
collection bénelle

3801 -

YEDIA SIDI
Hôpital des Hôpitaux
Rue de la
3801 - Casablanca

n°2

Pr. O. M. INS
Chef du Service de
CHIRURGIE GÉNÉRALE
ASOCIATION
"ASOCIACION"

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55 - Fax : 0522 50 76 98

العنوان الإلكتروني : cliniquecalifornie@menara.ma // cliniquecalifornie@gmail.com



ORTHOPEDIA

S.A.R.L. au Capital de 400.000,00 DH

*Importation & Distribution
de Matériel Médical et Chirurgical*



VETTEL

Facture N° : FA2019/0642

DATE	CLIENT	PAGE
25/12/2019	0000	

MME FATIMA BABA

MODE DE RÈGLEMENT :

RÉFÉRENCE	DÉSIGNATION	QUANTITÉ	P.U. TTC	% Rem.	TOTAL TTC
CHGL262	CHAUSSETTE A VARICE COTON C2	1,00	380,00		380,00

BASES HT		REMISE	MT TVA	% TVA	TOTAUX
1	316,67	Tx:	63,33	20,00	H.T. : 380,00 T.V.A. : 63,33

TOTAL TTC
380,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent quatre-vingts dirhams

ORTHOPEDIA SARL
Quartier des Hôpitaux
6, Rue Beckmans - Casablanca
Tél : 05 22 22 57 23 / Fax : 05 22 22 56 98
E-mail : ortho@ortho.info@chall.com

BABA FATIMA

B F 15 MHZ G 85%

P 4 CM XV C

PRC 10 S H PRS 5

PST 4 HV 2

CHEVILLE DANS



ODEME SOUS CUTANE

378/378

BABA FATIMA

B F 15 MHZ G 85%

P 4 CM XV C

PRC 10 S H PRS 5

PST 4 HV 2

CHEVILLE DANS



JP

379/378

BABA FATIMA

B F 15 MHZ G 85%

P 2 CM XV C

PRC 10 S H PRS 5

PST 4 HV 2

CHEVILLE DANS



D1 2.2 mm



LLG

378/378

Lab SERVICE DE RHUMATOLOGIE CHU IBN ROCHD 20 NOV 2019 14:13:52

BABA FATIMA

B F 15 MHZ G 85%
P 3 CM XV C
PRC 10 SH PRS 5
PST 4 HV 2

CHEVILLE LA435



TIBI FIB DIST

14:13:52

Lab SERVICE DE RHUMATOLOGIE CHU IBN ROCHD 20 NOV 2019 14:13:23

BABA FATIMA

B F 15 MHZ G 64%
P 3 CM XV C
PRC 10 SH PRS 5
PST 4 HV 2

CHEVILLE LA435



SINUS TARS

14:13:23

BABA FATIMA

Lab SERVICE DE RHUMATOLOGIE CHU IBN ROCHD 20 NOV 2019 14:12:52

B F 15 MHz G 64%

P 3 cm XV C

PRC 10 S H PRS 5

PST 4 HV 2

CHEVILLE LA435



SOUS TALIENNE

3rd/End

BABA FATIMA

Lab SERVICE DE RHUMATOLOGIE CHU IBN ROCHD 20 NOV 2019 14:12:10

B F 15 MHz G 64%

P 2 cm XV C

PRC 10 S H PRS 5

PST 4 HV 2

CHEVILLE LA435



TALO NAV NAV CUN

[198737

BABA FATIMA

Lab SERVICE DE RHUMATOLOGIE CHU IBN ROCHD 20 NOV 2019 14:11:45

B F 15 MHz G 64%

P 3 cm XV C

PRC 10 S H PRS 5

PST 4 HV 2

CHEVILLE LA435



TIBIO ASTR

[214/214]