

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Educational :

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

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° M20- 0004290

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06882 Société : R.A.M. 54392
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABDELLAOUI Lhsussine
Date de naissance :
Adresse : FG, 42j Fekh, Appt 1 CASABLANCA
Tél. : 0664 738897 Total des frais engagés : 1018,15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/01/2021
Nom et prénom du malade : HOURAIMI Boukra Age:
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : traumatisme fermé NI (cheek)
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 : 05/01/2021


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
09/01/2021	CS		300	
	Traité		61,75	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/01/2021	156,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/01/2021		500

AUXILIAIRES MEDICAUX

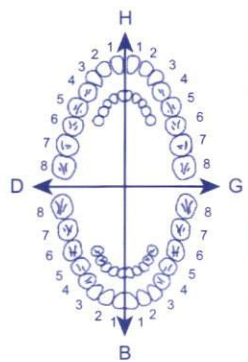
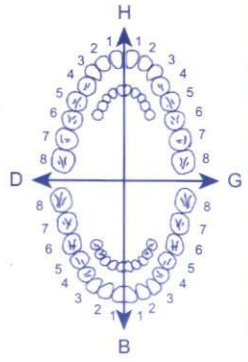
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C		I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

05/01/2021



2100290204 / 151027163407IK

Prénom : BOUCHRA

Nom : HOUKAIMI

DDN : 31/05/1968 E: 05/01/2021

Service : URGENCES (NA)

PAYANT

Sexe: F

1^o / Dazen Cp
42.80 1cp x 3jz pdd 05 jns

2^o / ILD Siom 20 mg Cp
86.40 1cp / 8r fe mdtin e' jeier

3^o / Codolipron e Cp
22.20 1cp x 3jz pdd 05 jns
156.40

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : HOUKAIMI BOUCHRA **N° Facture: 727** **2100290204**

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ANDOL 1g Injecta (01)	1	18,80	18,80
Sous-Total médicaments			18,80
BANDE DE CREPE 10 CM	4	6,30	25,20
COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	2	2,91	5,82
COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1	1,21	1,21
INTRANULE G 20	2	1,82	3,64
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	5,69	5,69
SERINGUE 10ML	1	0,84	0,84
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,55	0,55
Sous-Total consommable médical			42,95
Total pharmacie			61,75

Handwritten: INP. 05/29/03 61762

HOPITAL CHOKH KHLEF
Admission Facture

Handwritten signature

HOPITAL CHOKH KHLEF
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 Email: contact@ckm.hd

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 727 / 2021 du 05/01/2021

Nom patient	HOUKAIMI BOUCHRA	Entrée	05/01/2021
	PAYANTS	Sortie	05/01/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
- Radiographie Genoux face et shuss	1,00		250,00	250,00
- Radiographie Cheville F et P	1,00		250,00	250,00
			<i>Sous-Total</i>	800,00
PHARMACIE	1,00		61,75	61,75
			<i>Sous-Total</i>	61,75
Total Clinique				861,75

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
HUIT CENT SOIXANTE ET UN DIRHAMS SOIXANTE-QUINZE CENTIMES	Total 861,75



Coller Etiquette De BAF



N 2100290204 / 151027163407IK
Prénom : BOUCHRA
Nom : HOUKAIMI
DDN : 31/05/1968 E: 05/01/2021
Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

BILAN

RADIOLOGIQUE

Age : 53

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☒ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

femme âgée de 53 ans (Epave du talon gauche)
 chute de sa hauteur (genou droit + cheville gauche)

• RADIO STANDARD : Genou droit + Cheville gauche

☒ FACE

☒ PROFIL

• 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

MAAROUF IDRISS

MEDICIN INTERNE



000001002



Casablanca , le 05/01/2021

PATIENT : HOUKAIMI BOUCHRA

MEDECIN TRAITANT :

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Genou DT F+P**

Résultat:

- Respect de la minéralisation osseuse.
- Absence de lésion osseuse d'origine traumatique nettement décelable.
- Respect des interlignes articulaires.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Benrami**

Dr. BENRAMI Mohammed
Medecin Radiologue





Casablanca , le 05/01/2021

PATIENT : HOUKAIMI BOUCHRA

MEDECIN TRAITANT :

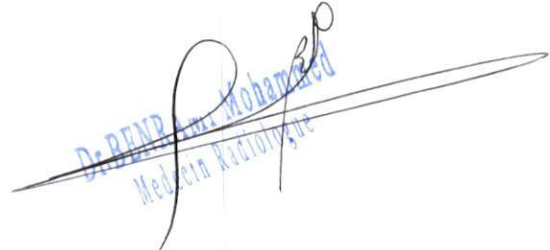
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Cheville G F+P**

Résultat:

- Respect de la minéralisation osseuse.
- Épine calcanéenne.
- Absence de lésion osseuse d'origine traumatique nettement décelable.
- Respect des interlignes articulaires.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Benrami**


Dr. BENRAMI Mohamed
Médecin Radiologue



Date : 04 / 01 / 2021

Quittance - Paiement espèces

0534367

IPP :

N° D'admission : Montant : 800 000

Patient : Bouchra Houkaimi

Admission Facture
Cachet
HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

Hôpital Cheikh Khalifa
Tél. 05 29 03 53 4
Fax 05 29 00 44 7
E-mail : contact@hkm.tn



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 01 / 01 / 2021

Quittance - Paiement espèces

0534372

IPP :

N° D'admission : Montant : 61,95

Patient : Bouchera Hou Kina

Cachet

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Retenue

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Tel : 05 29 03 13 45
Fax : 05 29 00 41 77
E-mail : contact@ickm.ma
IPP 030051352

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **HOUKAIMI BOUCHRA**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **NOUSSAIR MUSTAPHA**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **05/01/2021**

Date sortie **05/01/2021 01:19**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : **MOH.RHO** 05/01/2021 02:18 2100290204