

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-600474

58124

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2263 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HARCHACHE BOUCHAIB
 Date de naissance : 01/10/57
 Adresse : CASA
 Tél. : 0640 504193 Total des frais engagés : Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 08/10/2024
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

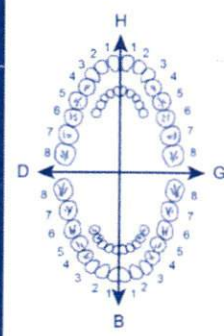
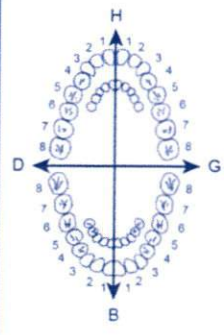
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/01/2021		CS	300	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/01/2021	99,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/01/2021	changement de dent	500,00 D.H

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

VOLET ADHERENT
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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			



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

M. Hassan Joudi

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
M. TAHIRI HASSENI
10 Ave. Alghazal
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 32 64

① Logobony



1 opp x 81j

M





Casablanca , le 08/01/2021

PATIENT : HANNAN JAMILA

ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE DROITE

TECHNIQUE :

- Des coupes échotomographiques ont été réalisées au niveau des deux épaules de façon comparative à l'aide d'une sonde de 8 / 12 Mhz.

RESULTATS :

- Présence des encoches corticales de la tête humérale en regard de l'insertion des tendons supra et infra épineux.
- Les tendons supra épineux, infra épineux et sub scapulaire sont de taille normale et symétrique, d'échostructure homogène, de contours réguliers, gardant le parallélisme des bords sans solution de continuité.
- Absence de syndrome de masse péri articulaire.
- Absence d'épanchement synovial.
- Absence de calcification tendineuse.
- Absence de conflit lors des manœuvres dynamiques.

CONCLUSION :

Aspect échographique en faveur d'une enthésopathie des tendons supra épineux et infra épineux sans signe franc de rupture ou de bursite.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr BENSLIMA - Dr HABI**



Date : 02 / 01 / 2021

Quittance - Paiement espèces

0533226

IPP :

N° D'admission : Montant : 30000

Patient : Hanman Janila

Cachet

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facturation

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 2 126 / 2021 du 08/01/2021

Nom patient : **HANNAN JAMILA**

Entrée 08/01/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 08/01/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation de traumatologie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 03 44 77
 Email: contact@hopital.ma
 N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 2 210 / 2021 du 08/01/2021

Nom patient : **HANNAN JAMILA**

Entrée 08/01/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 08/01/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Echographie de l'épaule	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
Total Frais Clinique				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CINQ CENTS DIRHAMS	Total 500,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	500,00				500,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Service Radiologie
 Tel: (+217) 0529 00 44 69
 Email: www.hck-ickm.mo