

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.

Éducation :

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.

Maladie chronique :

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° P19- 064293

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4558 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Hammi ELHOSSINE

Date de naissance : 11.11.1960

Adresse : 111 LOT SIMARA EL OULFA USA

Tél. : 06.65.61.69.02 Total des frais engagés : 835,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Hayat

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

Nature de la maladie : Goutte - pieds plats

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) : Hayat

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
23/21	C3		300 D/2	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/03/21	305,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/03/21	Regence	930,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

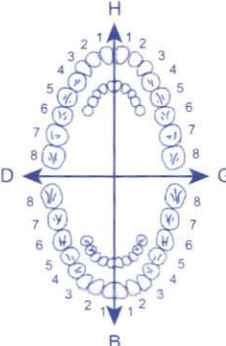
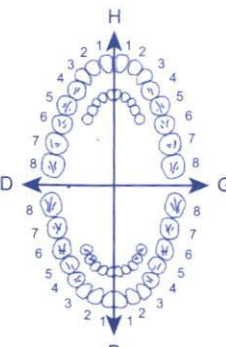
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EX

وصفة طبية Ordonnance

02/03/2021

Casablanca, le :

177745 Milim

7 Honar L
146,90 1g/100 x 2 j. po 3j
53,10 x 2 j. po 1g/100 1/1 j. po 30j
Relaxol
52,80 24 j. po 1g
odes
305,50

LOT : CA100
EXP : 10/23
PPC : 146,90 DH

LOT : 20E02
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10

LOT : 20E02
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
6 118005 060833

LOT 200711
EXP 01/2023
PPV 52.80DH



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 02/03/2021

Quittance - Paiement espèces

0551256

IPP :

N° D'admission : Montant : 3000

Patient : HAYAT DINA



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 22 716 / 2021 du 02/03/2021

Nom patient : HAYAJ MINA

Entrée 02/03/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/03/2021

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

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 N° INP 090061862
 Fax: 05 19 03 53 45
 E-mail: contact@hkd.mn
 Tel.: 05 22 89 28 54

وصفة طبية
Ordonnance

04/3/2021

Casablanca, le :

HAYAJ Mair

R glum dt CF
en charge



F A C T U R E

Sortie 02/03/2021

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	230,00				230,00	0,00

Hôpital Cheikh Mohammed VI
S...
Tél : (02) 9629 00 44 66
E-mail : hck-fckm.ma



Casablanca , le 02/03/2021

PATIENT : HAYAJ MINA
MEDECIN TRAITANT :
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Genou Droit F+P**

Absence de lésion osseuse radiologiquement évidente au niveau du squelette du genou.

Arthrose fémoro-tibiale interne et externe avec discret pincement fémoro-tibial interne

Petits ostéophytes rotuliens

La texture osseuse est radiologiquement normale.

Absence d'anomalie évidente au niveau des parties molles du genou.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr AZIZ**

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. AZIZ Benredjine
RADIOLOGIE





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 02/03/2021

Quittance - Paiement espèces

0551268

IPP :

N° D'admission : Montant : 239,00

Patient : HOYAJ TINA

