

# 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.

## Biologie 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0003244

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1788 Société : R.A.M. 72444

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HOUMANE EL Mostajir

Date de naissance :

Adresse : 115 Boulevard Boulam

Tél. : 0663017862 Total des frais engagés : Sept cent quatre vingt

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25 / 5 / 2021

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) : Dossier d'adhésion

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
21/02/2021	r	1	7300	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OC**

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

24/02/2024

N° Homologue de Nostalgia

semelle de l'empire  
de nuit de

300.000

**MedicPro**  
SERVICE COMMERCIAL  
38, Rue des Hôpitaux  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél. : 0522 27 03 55 - Fax : 0522 20 38 53  
medic.pro3@gmail.com

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

25/02/2011

M<sup>me</sup> Houmane El Khatib

Dr du bas

- V

*[Signature]*

HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL  
CHEIKH KHALIFA  
SERVICE RADIOLOGIE

HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL  
CHEIKH KHALIFA  
SERVICE RADIOLOGIE

HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL  
CHEIKH KHALIFA  
SERVICE RADIOLOGIE  
Pr. Dr. CHABOU MOHAMMED  
Traumatologie



**INFORMATION CLIENT :****Hommam el mostafa****Facture N° A156/2021****A Casablanca, le****18/03/2021**

Désignation	quantité	Prix unitaire ttc en DH	Montant ttc en DH
Semelle de compensation	1	300,00	300,00
Montant total ttc			300,00
Montant total tva (20%)			50,00

**Arrêtée la présente Facture à la somme de (ttc) :***Trois Cent Dirhams***Direction**  
**SERVICE COMMERCIAL**  
38, Rue des Hôpitaux  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél. : 0522 27 03 55 - Fax : 0522 20 38 53  
medic.pro3@gmail.com

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 21 040 / 2021 du 25/02/2021

Nom patient : **HOMMANE EL MOSTAFA**

Entrée 25/02/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 25/02/2021

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

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

Encaissements					<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
						<b>300,00</b>

*(Signature)*  
 Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 N° INP 090061862  
 Fax : 05 22 89 28 54  
 Email : contact@hkh.ma

**Casablanca , le 25/02/2021**

**PATIENT : HOMMANE EL MOSTAFA**

**MEDECIN TRAITANT :**

**EXAMEN(S) REALISE(S) : RX Bassin F**

## **Rx DU BASSIN FACE**

PTH droite sans anomalie péri-ptothétique

Discret pincement supéro-externe de la coxo-fémorale droite sans signes de protrusion acétabulaire

Articulations, coxo fémoral gauche et sacro iliaques de morphologie normale.

Absence d'anomalie des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr AZIZ**

  
Hôpital Universitaire International Cheikh K.  
Pr. AZIZ NOUREDDINE  
RADIOLOGIE

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 21 069 / 2021 du 25/02/2021

Nom patient : HOMMANE EL MOSTAFA

Entrée 25/02/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 25/02/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Radiographie du bassin sous une incide	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	180,00
Total Frais Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total 180,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	180,00	180,00	0,00

HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL  
CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
SERVICE RADIOLOGIE