

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.

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
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- 0003717

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02523

Société : Ram RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse : LOT ATABAMOUN Rue 4 de l'Eloufa

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 30/4/21 | Verdict | 1093 DIT | | HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN SAÏD Dr. Mehdi Mohamed EL HABBOUT Urgentiste |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE SIHAM GUEZ Siham GUEZ Docteur en Pharmacie 4, Résidence Annam - Oulfa tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca | 30.04.21 | 122,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

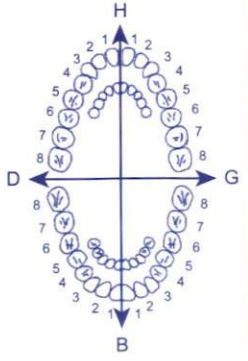
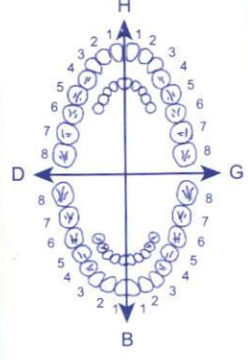
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

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 canaux, ainsi que le bilan de

| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [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'EXECUTION

Casablanca, le :

30/04/2022



Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

2.0

- Cedol cp



1 cp x 3/4 pelt of jaws si

de laan

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Sihem GUERZACHT
Docteur en pharmacie
4, Résidence Annaïm - Oulfa
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca



Pr. ass. : **Michael BINGSAULT**
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique
Hopital Cheikh Khalifa
Doha - Qatar

Rdv avec Pr Bensaleh en consultation
traumato ~~est~~ le vendredi 07/05/24
matin



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 50438 / 2021 du 30/04/2021

| | | | |
|-------------|---------------|--------|------------|
| Nom patient | NABIL RACHIDA | Entrée | 30/04/2021 |
| | PAYANTS | Sortie | 30/04/2021 |

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|---|--------|------------|-------------------|-----------------|
| - Consultation initiale d'urgences hors déchocage | 1,00 | | 100,00 | 100,00 |
| - Consultation de spécialiste en urgence | 1,00 | | 200,00 | 200,00 |
| - Radiographie Epaule F et P | 1,00 | | 250,00 | 250,00 |
| - Radiographie Avant bras face profil | 1,00 | | 250,00 | 250,00 |
| | | | <i>Sous-Total</i> | 800,00 |
| PHARMACIE | 1,00 | | 273,00 | 273,00 |
| | | | <i>Sous-Total</i> | 273,00 |
| Total Clinique | | | | 1 073,00 |

| | | | |
|--|--|--------------|-----------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> | | Total | 1 073,00 |
| MILLE SOIXANTE-TREIZE DIRHAMS | | | |
| | | | |

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facture

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

30/04/2021

16:49

| Nom Patient : NABIL RACHIDA | | | Numéro dossier : 2100338714 | | |
|-----------------------------|-------------------------|---------|-----------------------------|------------|--------|
| Date | Produit consommé | N° BS | Quantité | Prix Unit. | Total |
| 30/04/2021 | BLOCAGE D'EPAUL ET BRAS | 1063235 | 1,00 | 273,00 | 273,00 |
| Total pharmacie | | | | | 273,00 |

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Admission Entry



2100338714 / H0121011642

Prénom : RACHIDA

Nom : NABIL

DDN : 01/07/1954 E: 30/04/2021

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: F

BILAN

RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

• RADIO STANDARD :

☐ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

Casablanca , le 30/04/2021

PATIENT : NABIL RACHIDA

EXAMEN(S) REALISE(S) : RX BRAS GAUCHE F+P

Minéralisation osseuse normale.

Fracture du col huméral avec sub luxation inférieure de la tête humérale.

Pas de lésion osseuse traumatique du reste de l'humérus.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr AZIZ**



Date : 30 / 04 / 2021

Quittance - Paiement espèces

0565800

IPP :

N° D'admission : Montant : 273 011

Patient : NABIL RACHIDA

Cachet

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facture