

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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° W21-643839

84689

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10639 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MAHMOUD Med

Date de naissance : 04.07.77

Adresse : 67 Zoubeir 183 (W) n° 4 Casablanca

Tél. : 0668603988 Total des frais engagés : 732,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. LAGHZAOUY M.Y. Médecin Interne CHU Ibn Rochd - Casablanca

Date de consultation : 13/07/14

Nom et prénom du malade : Mohamed El Mahdoui Age : 37

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

Nature de la maladie : Trauma au niveau de la main

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : chute

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 : 13/07/14

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
14/7/14				Dr. LAGHAOU BOU Y. Médecin Interne CHU Ibn Rochd - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie L'Espresso Mme KADJAGLIA Lotis 80 Tél: 05 22 934 190	14/7/14	22, -

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RADIOLOGIE HASSEN Bd Oud Sebou Al Makhia Tél: 05 22 934 190	13/07/14	Rx Pan	350,00
		INPE:	091234179

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
14/7/14	ATJ	3	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] []																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																					
				MONTANTS DES SOINS []																					
				DEBUT D'EXECUTION []																					
				FIN D'EXECUTION []																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td></td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td></td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B		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

ORDONNANCE

Le : 13/07/14

Mohamed El Melouk

Rx de la main

RADIOLOGIE *Gande*
HASSANI
Bd. Oud Sebou Al Wilak1
N°970-972, Hay Oulfa. Casa
Tél:0522 90 90 29/0522 89 25 26





IBN ROCHD
الدار البيضاء
Casablanca

CHU

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية

وزارة الصحة

المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء




BILLET D'EXAMEN

Date :

Prénoms - Nom du malade :

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
	

Le médecin traitant

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83

14/07/91

Med Madhars

22.00

1 - Cédul cy.
1 cy = 3/1

Dr. LAGHZAoui BOU Y.
Médecin Interne
CHU Ibn Rochd - Casablanca

22.-

Pharmacie Bouoir
KADBAHIMAM
Im. 6

Ministère de la Santé
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
Hôpital Ibn Rochd

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

N° 580601

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
Total	

le 14/07/91
Signature du
Régisseur et Cachet

Service de Recette Du CHU



Votre Santé ... Notre Devoir

RADIOLOGIE HASSAN II

الفحص بالأشعة الحسن الثاني

• IRM • SCANNER • ECHOGRAPHIE • DOPPLER • MAMMOGRAPHIE • PANORAMIQUE
• OSTEODENSITOMETRIE • RADIOPHOTO

Casablanca, le 13/07/2021

FACTURE N° : 03090/2021

Nom & Prénom : EL MADHOUS MOHAMED

Date d'examen : 13/07/2021

Examens	Honoraires
RX MAIN F+P	350 DH
NET A PAYER	350 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
TROIS CENT CINQUANTE DH

RADIOLOGIE
HASSAN II
Bd Oued Sabou Al Wifak
N° 970-972, Hay El Oulfa, Casa
Tél: 0522 50 90 29 / 0522 89 25 26

Radiologie HASSAN II

Tél : +212 522 90 90 29 - +212 522 89 25 26

GSM : +212 661 97 76 09

Fax : +212 522 91 17 59

Email : radiologie.hassani2@gmail.com

Adresse : N° 966-970-972, Bd Oued Sabou
Al Wifak 1 Hay El Oulfa - Casablanca

R.C: 419573 - IF : 31865208

TP : 32960805 - CNSS: 1398594

ICE : 002153526000090



Votre Santé ... Notre Devoir

RADIOLOGIE HASSAN II

الفحص بالأشعة الحسن الثاني

• IRM • SCANNER • ECHOGRAPHIE • DOPPLER • MAMMOGRAPHIE • PANORAMIQUE
• OSTEODENSITOMETRIE • RADIOPHOTO

Casablanca le 13/07/2021

PATIENT : EL MADHOUS MOHAMED
MEDECIN TRAITANT :
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX DE LA MAIN GAUCHE F+3/4

- ✓ Fracture du col et de la tête du 5^e métacarpien.
- ✓ Intégrité structurale et morphologique des autres éléments osseux, sans autre trait de fracture.
- ✓ Intégrité des interlignes articulaires.
- ✓ Aspect normal des os du carpe.
- ✓ Rapports articulaires conservés.
- ✓ Absence d'anomalie des parties molles.

Confraternellement
Dr HASSAINE

RADIOLOGIE HASSAN II
Bd. Oued Sabou
N° 966-970-972, Hay El Oulfa, Casa
Tél: +212 522 90 90 29 / 0522 89 25 26
Fax: +212 522 91 17 59
Email: radiologie.hassani2@gmail.com

Dr. HIND HASSAN
Radiologue
N° 970-971-972, Hay El Oulfa, Casa
Tél: +212 522 90 90 29 / 0522 89 25 26
Fax: +212 522 91 17 59
Email: hind.hassan@radiologie.hassani2.com

Radiologie HASSAN II

Tél : +212 522 90 90 29 - +212 522 89 25 26

GSM : +212 661 97 76 09

Fax : +212 522 91 17 59

Email : radiologie.hassani2@gmail.com

Adresse : N° 966-970-972, Bd Oued Sabou
Al Wifak 1 Hay El Oulfa - Casablanca

R.C: 419573 - IF :31865208

TP : 32960805 - CNSS: 1398594

ICE : 002153526000090