

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.

Pathologie 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 canalaire, 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 canalaire.

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

Reclamation : 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.

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° M21- 0059668

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8560 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MJAIBOUAZZA
Date de naissance : 10.03.1962
Adresse : OULFA R. 10912
Tél. : 066855640 Total des frais engagés : 754,47 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 : Traumatisme de bassin
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 : CASABLANCA Le : 25 / 03 / 2022
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
24/02/2012	la facture	24038	75457	Dr. B. N. Samir Urgentiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

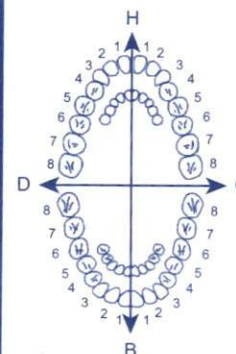
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

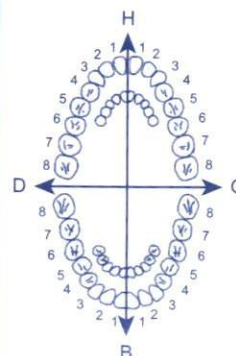
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des Travaux

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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 25/02/2011

Quittance - Paiement espèces

0646472

IPP :

N° D'admission : Montant : 44,57 K.

Patient : M. J. A. T. : FAOUZIA

Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Tald
Tel : 05 29 03 58 45
Fax : 05 29 03 42 77
E-mail : contact@hikm-hd.ma
No INB 090063862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 04/02/2022

Quittance - Paiement espèces

0641641

IPP :

N° D'admission : Montant : 710 000 DA

Patient : Hijati Farouzia

Cachet

[Signature]

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Tél.: 05 19 03 53 45
Fax : 05 19 00 44 77
E-mail : contact@ickm.hck.rg
N°INP 00061862



2200467695 / H0122005407

Prénom : FAOUZIA

Nom : MJATI

DDN : 10/01/1957 E: 24/02/2022

Service : URGENCES (NA)



Sexe: F

BILAN RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Traumatisme du bassin

- **RADIO STANDARD:**

/ BASSIN



FACE



PROFIL

21

fenix

Qiche

● **ECHOGRAPHIE :**

• **SCANNER**



Avec injection



Sans injection

Créat :

BHCG :

☐ **Positive**

négative

- **IRM**



Pacemaker



Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des urgences

Signature et caché du médecin des urgences

PLI CONFIDENTIEL

Code : AAEN0400

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme : FAOUZIA MYATI, ayant droit à la couverture médicale par l'organisme dont vous assurez le conseil.

Je vous écris pour information et en vue de démarches administratives pour une prise en charge ou accord de principe.

Avec mes remerciements, veuillez croire, Cher Confrère, à mes considérations les meilleures.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Fracture métacarpienne Gauche
Peri-artroide

TRAITEMENT PROPOSE :

Clou Grosse

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

Observations : Des modifications du traitement pourraient survenir en fonction des évaluations et de l'évolution de la maladie.

Casablanca, le 15/07/2020

Cachet et Signature du Médecin





CASABLANCA, le 24/02/2022

PATIENT : MJATI FOUZIA

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX BASSIN F et Rx HANCHE GAUCHE F/P**

Fracture de l'extrémité supérieure du fémur gauche: fracture pertrochantérienne

Epaississement des parties molles en regard

Articulation coxo fémorale droite et sacro iliaue de morphologie normale.

Sacro iléite bilatérale

Pubarthrose

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr IBRAHIMI**

Dr. IBRAHIMI Manai
Radiologue





CASABLANCA, le 27/02/2022

PATIENT : **MJATI FAOUZIA**

MEDECIN TRAITANT :

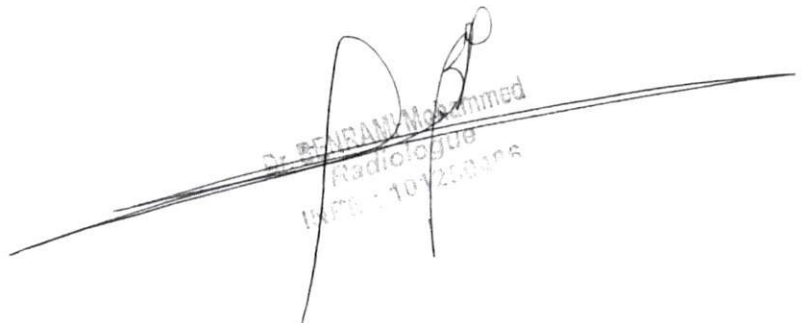
EXAMEN(S) REALISE(S) : **Rx Fémur gauche F/P + Rx Bassin F**

Résultat:

- Déminéralisation osseuse diffuse.
- Matériel d'ostéosynthèse en place pour la fracture pertrochantérienne du fémur gauche.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Benrami**


Dr. BENRAMI Mohammed
Radiologue
N° 10121-0008



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 24038 / 2022 du 25/02/2022

Nom patient	MJATI FAOUZIA	Entrée	24/02/2022
	PAYANTS	Sortie	25/02/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation de spécialiste en urgence	1,00		200,00	200,00
- Consultation initiale d'urgences hors déchocage	1,00		100,00	100,00
- Radiographie du bassin sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Radiographie du fémur sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographique supplémpentaire	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	710,00
PHARMACIE	1,00		44,57	44,57
			Sous-Total	44,57
Total Clinique				754,57

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
SEPT CENT CINQUANTE-QUATRE DIRHAMS CINQUANTE-SEPT CENTIMES	Total 754,57

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 22 89 28 54
 e-mail: info@hckm-hckm.mt

Date	Produit	N° BS :	QtéB	QtéU	Prix Vente	Montant	PS Fournisseur	
1238748								
24/02/2022	ACUPAN 20mg Injecta (05)	1238748	0	1	10.18	10.18	URGENCES	C
24/02/2022	CLOPRAME 10mg Injecta (10)	1238748	0	1	2.23	2.23	URGENCES	C
24/02/2022	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT	1238748	1	0	1.21	1.21	URGENCES	C
24/02/2022	INTRANULE G 20	1238748	1	0	1.43	1.43	URGENCES	C
24/02/2022	PARACETAMOL 1G INJECT 1G INJECT	1238748	1	0	22.50	22.50	URGENCES	C
24/02/2022	PERFUSEUR A SERUM SANS ROBINE	1238748	1	0	2.44	2.44	URGENCES	C
24/02/2022	SERINGUE 10ML	1238748	1	0	0.65	0.65	URGENCES	C
24/02/2022	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECB	1238748	1	0	0.17	0.17	URGENCES	C
	S/total Produit		6	2		40.81		
1238774								
24/02/2022	MORPHINE SOTHEMA 10mg Injecta (10)	1238774	0	1	3.11	3.11	URGENCES	C
24/02/2022	SERINGUE 10ML	1238774	1	0	0.65	0.65	URGENCES	C
	S/total Produit		1	1		3.76		
Total consommation						44,57		

Optical Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 01 29 43 53 45
 Fax: 01 29 43 53 47
 mail: contact@ickm-hk.m