

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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.

Prothèse :

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° M21- 080798

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9100 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL MOUDNI MOHAMMED
Date de naissance : 09-12-65
Adresse :
Tél. : 06 61 33 69 79 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 09/12/2021
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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
03/03/22	S		3000K	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

03/03/22 316.50

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
AM PG IM IV

Montant détaillé des Honoraires

03/03/22 Audiométrie & Impédanc

2500K

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

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-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EX



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 03-03-22

M^r EL MOUDNI Mohammed

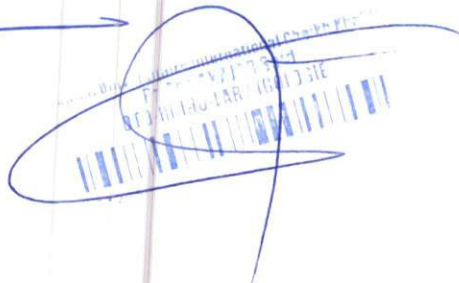
7130x ✓

① Tarakan cp

1 cp x 3 / J pdt 45 j

② Bioghar B6

1 cp le soir pdt 1 mois





7A,30



7A,30



7A,30



7A,30



7A,30

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 03-03-22

Mr, Mme, Enfant : *A. NOUANI* *Mohammed*

☒ AUDIOMETRIE TONALE

☒ IMPEDANCEMETRIE

☐ PEA

☐ MANŒUVRE LIBERATOIRE POUR VERTIGE

☐ VNG

☐ VHIT

☐ VNS

☐ POSTUROGRAPHIE

Renseignement

Clinique..... *Acouphènes*

..... *+ Vertige*

.....


Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Filière : ORL - ENT - SNM
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

N Dossier:
Nom de famille:
Prénom:

Interacoustics A/S
Drejervænget 8
5610 Assens

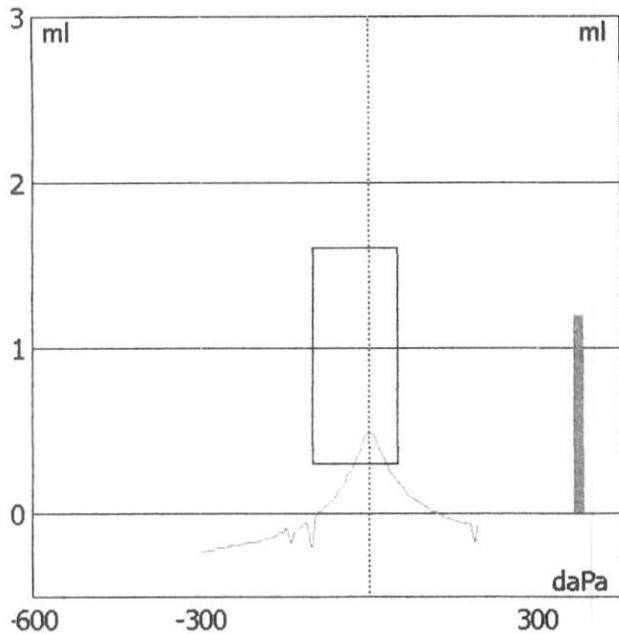


03/03/2022 11:01:08

Droite

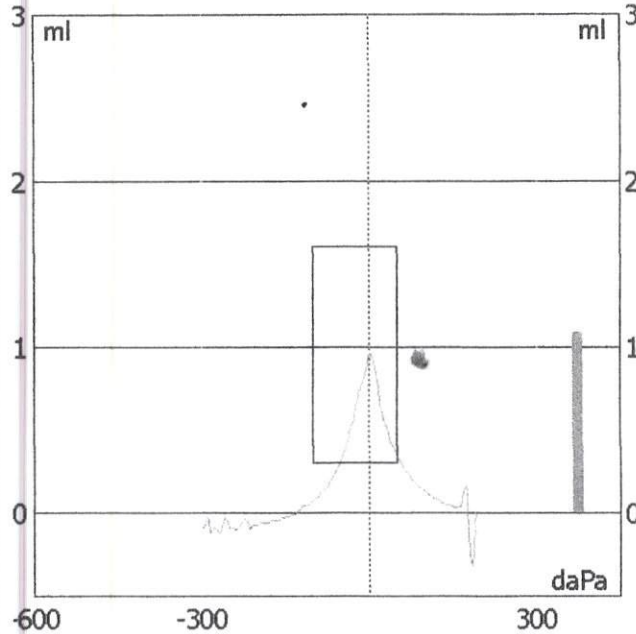
226 Hz

Tymp 226 Hz



Gauche

226 Hz

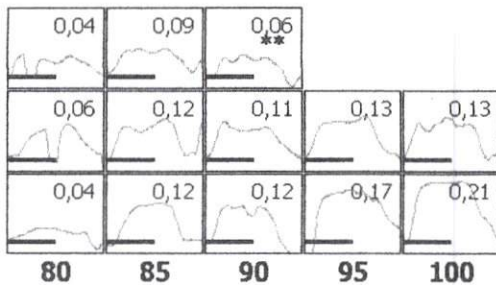


Volume (ml) 1,19 Pression (daPa) 5
Compliance (ml) 0,49 Gradient (daPa) 73

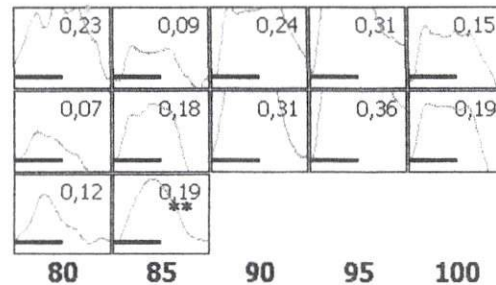
Volume (ml) 1,09 Pression (daPa) 1
Compliance (ml) 0,96 Gradient (daPa) 69

Reflexe ipsi

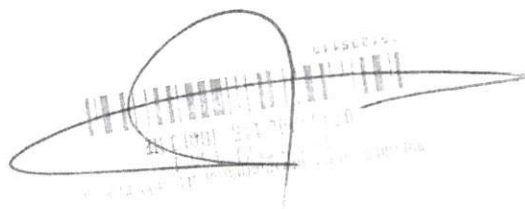
500 Hz
Ipsi



500 Hz
Ipsi



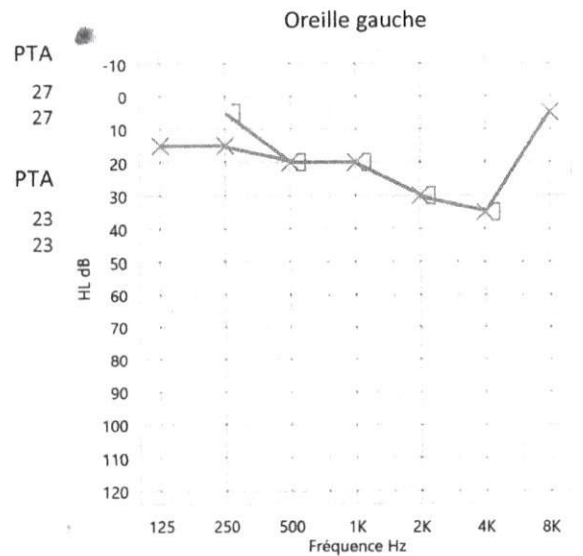
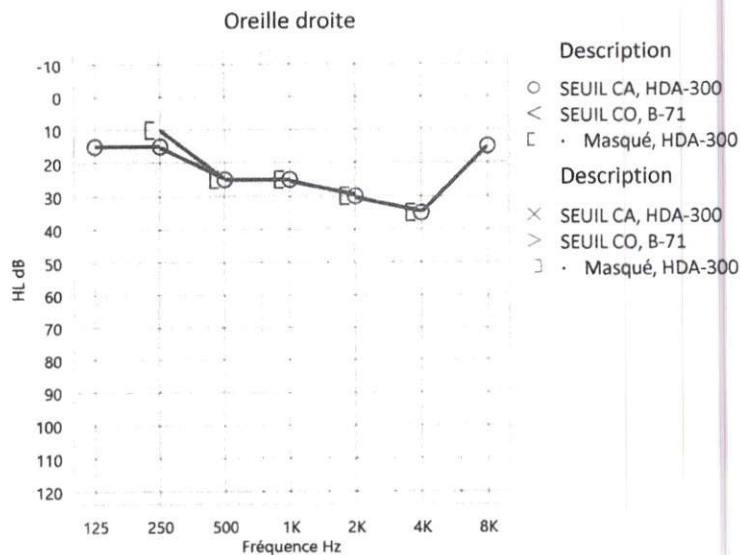
Impédance normale



MOHAMMED EL MOUDNI

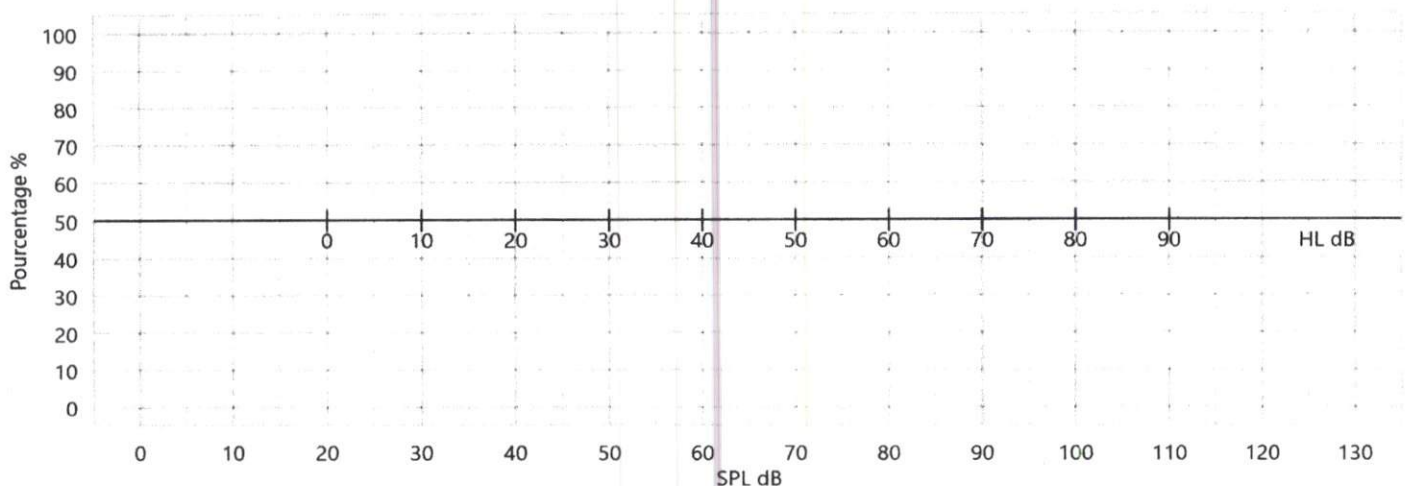
Num client: 0002203
Date de naissance:
Date: 03/03/2022
Cr   par: ABC

Audiogramme tonal pur: 03/03/2022



Notes:

Audiogramme vocal: 03/03/2022



Surdité de perception bilatérale (OD = 30 dB
OG = 25 dB)

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 26 928 / 2022 du 03/03/2022

Nom patient : EL MOUDNI MOHAMMED

Entrée 03/03/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 03/03/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
AUDIOMETRIE TONALE	1,00	F	500,00	500,00
IMPEDANCEMETRIE	1,00	F	250,00	250,00
			Sous-Total	750,00
Total Frais Clinique				750,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total 750,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			750,00		750,00	0,00



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2203031033447140 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200470593	EL MOUDNI MOHAMMED	03/03/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	004578	750,00
PAYANT	Total payé	750,00
SEPT CENT CINQUANTE DIRMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : FAT.AAT



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2203030924197140 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200470474	EL MOUDNI MOHAMMED	03/03/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	004572	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : FATAAT



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 26 815 / 2022 du 03/03/2022

Nom patient : EL MOUDNI MOHAMMED

Entrée 03/03/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 03/03/2022

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

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

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 03 53 45
 E-mail : contact@hikm.hikm.ma
 N° INP 090061862



البنك المغربي للتقسيط

03/03/22 10:32:05
9900397820
93978201
HOP CHEIKH KHALIFA G4
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
EL MOUDNI MOHAMED
XXXXXXXXXXXX3752
10/22 CARTE NATIONALE
58A5A8E35FD2F827
621-0-9999-1-44

MONTANT: 750,00 MAD

NUM TRANSACTION 007
NUM AUTORISATION 887714
STAN 004578

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT



مركز التصوير

03/03/22

09:22:36

9900397820

93978201

HOP CHEIKH KHALIFA G4

Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

EL MOUDNI MOHAMED

XXXXXXXXXXXX3752

10/22 CARTE NATIONALE

D5FAAAAF06A232EC

621-0-9909-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION 001

NUM AUTORISATION 871620

STAN 004572

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT