

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.

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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-710098

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 570

Société : CHERAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OM ALI ABU

Date de naissance : 11/12/1945

Adresse : Cité Hadamoon (CHERAM) Casablanca

Tél. : 0773894304

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/06/2022

Nom et prénom du malade : MESSAN RABEA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Traumatisme de poignet

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

15 JUN 2022

ACCUEIL

Le : 15/06/2022

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
10/08/2022	1 Coir	1	529,40	INP: 09/12/2022 Dr. BENBOU Samir Urgentiste
	N° =	22219/2022		

Upekh Khallia
OU Samir

Dr. BENBOU
Dentiste

Urgent

A

[illegible]

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

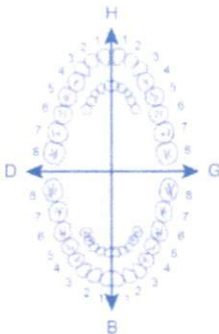
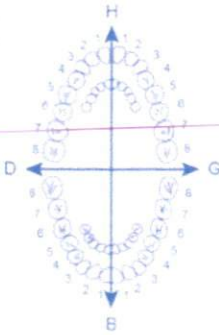
VOI ET ADHÉRENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est pⁿé 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>05533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		05533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	05533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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'OD

INP : _____

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE 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 : 10 / 06 / 2022

0678119

Quittance - Paiement espèces

IPP :

N° D'admission : Montant : 49,60 DA

Patient : Mejjan Rabia El Omalek

Cachet

[Signature]



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 12 / 06 / 2022

0678112

Quittance - Paiement espèces

IPP :

N° D'admission : Montant : 420 MA

Patient : Mejjan Rabia El Omalek

Cachet

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 22 03 53 45
Fax : 05 22 03 42 70
Email : contact@ickm.hck.ma
www.ickm.hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 72219 / 2022 du 10/06/22

Nom patient	MEJJAR RABIA EP OMALEK	Entrée	10/06/22
	PAYANTS	Sortie	10/06/22

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION INITIALE D'URGENTISTE	1,00		100,00	100,00
CONSULTATION DE MEDECIN SPECIALISTE	1,00		200,00	200,00
RADIOGRAPHIE DU POIGNET DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
			<i>Sous-Total</i>	480,00
PHARMACIE	1,00		49,40	49,40
			<i>Sous-Total</i>	49,40
Total Clinique				529,40

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
CINQ CENT VINGT-NEUF DIRHAMS QUARANTE CENTIMES	Total	529,40

[Signature]

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 22 89 28 54
 E-mail: hopital@hkhm-bn.com

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : MEJJAR RABIA EP OMALEK N° Facture 72 219 2200515623

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ECHARPE AVANT BRAS	1	49,40	49,40
Sous-Total consommable médical			49,40
		Total pharmacie	49,40

hôpital
 Tél.: 05 9 03 58 45
 Fax : 05 9 03 44 77
 E-mail : contact@ekm-hck.
 100 rue de la
 13000 Marseille

CASABLANCA, le 10/06/2022

PATIENT : MEJJAR Rabia Ep Omalek

MEDECIN TRAITANT :

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Poignet F+P**

Résultat

- Fracture commutative au niveau de l'extrémité inférieure du radius avec troisième fragment
- Interligne articulaire respectée.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Yassine**


Dr. RACHID YASSINE
Médecin Radiologue



Coller Etiquette De RAF



2200515623 / 171205100941KH

Prénom : Rabia Ep Omalek

Nom : MEJJAR

DDN : 01/10/1953 E: 10/06/2022

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: F

BILAN

RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Transverse à l'axe du pignon gauche

• RADIO STANDARD : Pignon gauche



FACE



PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :



Avec injection



Sans injection

Créat :

BHCG :



Positive



négative

• IRM :



Pacemaker



Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des

Urgences
Dr. BENBOU Samir
Urgentiste

