

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

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7250

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

STHN qadie Abdellah

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0619491457

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie : ch. 14

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :



RELEVE 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
16/01/2019			6	YANNICK BONNEAU

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMOUMA 244 lotissement wafaa Derouig Fix : 05.22.53.20.54	16/01/2023	2632.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/01/2023	1x cheville - 2x poitrine	36000

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram shows a 10x10 grid of circles, each containing a number from 1 to 8. The grid is centered at the origin (0,0). The horizontal axis is labeled 'G' to the right and 'D' to the left. The vertical axis is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The grid is filled with the following values:

Row	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	2	1	3	4	5	6	7	8	9	10
3	3	4	1	2	5	6	7	8	9	10
4	4	5	2	1	3	6	7	8	9	10
5	5	6	3	4	1	2	7	8	9	10
6	6	7	4	5	2	3	1	8	9	10
7	7	8	5	6	3	4	2	1	9	10
8	8	9	6	7	4	5	3	2	1	10
9	9	10	7	8	5	6	4	3	2	1
10	10	10	8	9	6	7	5	4	3	2

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

16/01/2012

Adressé à : Dr. El Hachmi

300.000 x 7

+ Nivea Quac

100.000 x 10



200.00

+ Cetac

100.000 x 10



200.00

+ Qad 100.000 x 10



100.00

+ Cetac

100.000 x 10

Dr CHAGOUD
Dr Orthopédiatrie
Té : 060 517 5121

263.2.20

LOT 211263
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

PER 05720
PPV 82DH00

PPV 22DH20
PER 10/24
LOT L9660



23130
LOT 09 2024
EXP 347,000H
PPV

347,00

243230 1
LOT 09 2024
EXP 347,000H
PPV

347,00

223229 1
LOT 09 2024
EXP 347,000H
PPV

347,00

223229 1
LOT 09 2024
EXP 347,000H
PPV

347,00

223229 1
LOT 09 2024
EXP 347,000H
PPV

347,00

223229 1
LOT 09 2024
EXP 347,000H
PPV

347,00

223229 1
LOT 09 2024
EXP 347,000H
PPV

347,00

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 16/01/2023

Hassane Achia Abderrazek

Ra de la cheville droite F/P

Ra du Pied droit

F/P

CHAGOUA ISS
Tél : 0911177519
Fax : 004661552572

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N°

7 208 / 2023 du 16/01/2023

Nom patient : **ADRAOUI AICHA**

Entrée 16/01/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 16/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DE LA CHEVILLE DE FACE ET D	1,00		180,00	180,00
RADIOGRAPHIE DU PIED DE FACE ET DE PROFI	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	360,00
Total Frais Clinique				360,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT SOIXANTE DIRHAMS

Total 360,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	360,00				360,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026

CASABLANCA, le 16/01/2023

PATIENT : ADRAOUI AICHA

IPP : **160130104941AI**

DATE NAISSANCE : **21/03/1958**

NUMERO DOSSIER : **2300623968**

Rx CHEVILLE DROITE F/P

Minéralisation osseuse normale.

Interligne articulaire respectée.

Surfaces articulaires régulières.

Absence de calcifications des parties molles.

Discrète calcification de l'insertion calcanéenne du tendon d'Achille.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr HABI**

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,
BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fckm.ma

CASABLANCA, le 16/01/2023

PATIENT : ADRAOUI AICHA

IPP : **160130104941AI**

DATE NAISSANCE : **21/03/1958**

NUMERO DOSSIER : **2300623968**

Rx PIED DROIT F/P

RESULTATS :

Fracture de la base métatarsienne du 5 ème rayon.

Calcification de l'insertion calcanéenne du tendon d'Achille.

Minéralisation osseuse normale.

Articulations tarsiennes, métatarsiennes et inter phalangiennes de morphologie normale.

Absence d'anomalie des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr HABI**



Dr HABI
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Casablanca, Maroc

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,
BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.ftkm.ma