

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 canaux, 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 canaux.

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.

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

M22- 0053865

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4250 Société : 156321
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAHNAoui ABDELLAH
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0619991057 Total des frais engagés : 378,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/09/2023
Nom et prénom du malade : ADRAoui Aicha Age : 61
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Fracture de la cheville
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 :
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
27/02/2023	4		Unatit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
244 lotissement el wafaa Deraia Fix : 06 22.53.20.54	27-2-23	198.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/02/23	2.8	180.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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																						
				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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	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

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

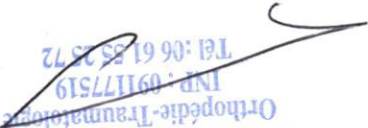
28/04/2023

Adnan Aïou

Rx Cerveille
d'urgence
For P

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66
E-mail : www.hck.ma

Pr CHAGOU
Orthopédie-Traumatologie
INP : 091177519
Tél : 06 61 55 28 72


Pr CHAGOU Amiss
Orthopédie-Traumatologie
INP : 091177519
Tél : 06 61 55 28 72



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

2024/05/04

Ad. Taieb Naciri
PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Deraâ
Fix : 05 22 53 20 54

198.00

Nouveau

198 + 75 = 273

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Deraâ
Fix : 05 22 53 20 54

198.00

LOT PUC: 198.000DH
C164
2024-09

REV. 2021/01/C

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Deraâ
Fix : 05 22 53 20 54

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 29 454 / 2023 du 27/02/2023

Nom patient : **ADRAOUI AICHA**

Entrée 27/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 27/02/2023

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

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total 180,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	180,00				180,00	0,00

Tel: (+977) 0527 00 00 00
www.hct.ae
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID



CASABLANCA, le 27/02/2023

PATIENT : ADRAOUI AICHA

Rx CHEVILLE DROITE F/P

Minéralisation osseuse normale.

Calcification de l'insertion terminale du tendon calcanéen.

Interligne articulaire respectée.

Surfaces articulaires régulières.

Epaississement des parties molles.

Absence de calcifications des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr BOUKNANI – Dr CHAMI**


Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr Ass BOUKNANI NAWAL
RADIOLOGIE
0212464

