

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.

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° P19-0049772

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00854 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TOURAQ Mohammed
Date de naissance : 05/05/50
Adresse : 101 rue Al Aissar Bensulhan
Casablanca 20130
Tél. : 0661885621 Total des frais engagés : 1066,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :




Date de consultation : 13/02/2023
Nom et prénom du malade : TOURAQ Mohammed Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Douleurs ABD.
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) :

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
23-02-23	CS	CS	390	
24-02-23	CS	CS	+300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/3/2023	464,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/3/2023		

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

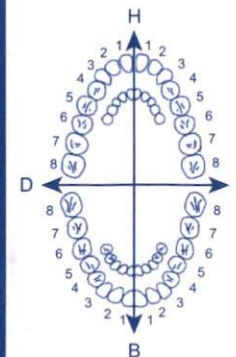
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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

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)

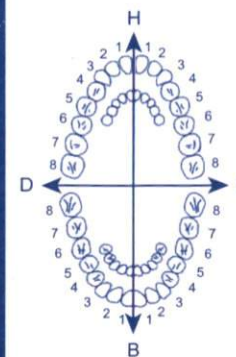
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le

21/03/23

Toufaq Mohammed

(1^{re}) PYLERA

3 cp x 4 fois / j x 10 j

216,00 x 2

(2^{de}) EUZOL: 40

1 gel x 2 / j x 10 j
1 gel / j x 10 j

(Pain)

32,80

(3^{de}) PARYDIS
15 x 2 / j

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

464,80

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. EL IDRISSI LAMCHARI ABDENNACOUR
Gastro-entérologie endoscopie digestive interventionnelle
01106920

LOT : 2558
PER : 08-25
P.P.V : 216 DH 00

LOT : 2558
PER : 08-25
P.P.V : 216 DH 00

32,80

LOT : 2558
PER : 08-25
P.P.V : 216 DH 00



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 13/02/2023

Quittance - Paiement espèces 0748376

IPP :

N° D'admission : 2300638220 Montant : 3000A

Patient : Tawfik M. Mahood

Payé par : Leif M. M. M.

Cachet



Casablanca, le lundi 13 février 2023

PATIENT: TOURAQ MOHAMMED

Fibro-coloscopie

Anémie

Douleurs récidivantes de l'hypochondre gauche

Dyspepsie++

Prolapsus hémorroïdaire +/- constipation

Appendicectomie et Tuberculose ganglionnaire dans l'enfance


Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. EL-IDRISSI LAMGHARI
Gastro-entérologie, endoscopie digestive interventionnelle
101106920

Cachet et signature :

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 24/02/2023
Numéro : 28 412



090061862

Nom patient : TOURAQ MOHAMMED

Médecin : PR. ZIDOUH SAAD
Anesthésie-Réanimat.

2300645150

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE	300,00

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 13/02/2023
Numéro : 21 528



090061862

Nom patient : TOURAQ MOHAMMED

Médecin : PR. EL IDRISSI LAMGHARI ABDENNACEUF
Hépto-gastro-entéro

2300638280

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00

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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 03 44 77
Email: comptable@hdkm.hdk.ma
N° INP 090061862