

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 0010881

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0586 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Zerrouk Mohammed
Date de naissance : 1937
Adresse : 31 rue 16, Cité Inna I, Casablanca
Tél. : 07 00 18 88 11 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29 / 12 / 2023
Nom et prénom du malade : Mohammed Zerrouk Age : 87 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : 76 ans de vieillesse
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 : Casablanca Le : 02 / 01 / 2024
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
29/12/23	voir facture N°60035		1062,53 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/12/23	120,50

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

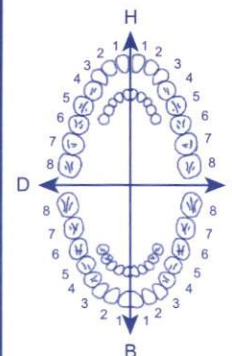
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(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



ORDONNANCE

Bouskoura, le : 30/12/13



2300285208 / 231229234616C.

Prénom : MOHAMED

Nom : ZERROUK

DDN : 01/01/1937 E: 29/12/2023

Service : URGENCE (SO)

PAYANT
Sexe: M

45,7g - Coltrax 4g

2cp x 2f/j post 10

22,100 - Endol

2cp x 2f/j alt 10

52,80 g - deds 2mg

1f/j post 10

PHARMACIE MOUHSSINE
MOUHSSINE Leila
834, av. 2 Mars P. Cloarec Inara I
Casablanca Tél: 05 22 21 09 76

20,50

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Docteur SAMI Mohamed
Traumatologie Orthopédie
091203596

Cédol
20 Comprimés

6 118000 180913

22,00

Coltrax® 4 mg

12 comprimés

6 118000 120322

45,70

OEDES 20mg

14 gélules

6 118001 100071

LOT 211539
EXP 05/2024
PPV 52.80DH

RDV vendredi
après-midi
de 21 j à 15h00

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

F A C T U R E

2300285208

N° : 60035 / 2023 du 29/12/2023

Nom patient	ZERROUK MOHAMED	Entrée	29/12/2023
	PAYANTS	Sortie	30/12/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation initiale d'urgentiste	1.00	K	300.00	300.00
Radiographie de la main sous une inciden	1.00		180.00	180.00
Radiographie du poignet sous une inciden	1.00		180.00	180.00
			<i>Sous-Total</i>	660.00
PHARMACIE (en sus)	1.00		402.53	402.53
			<i>Sous-Total</i>	402.53
Total Clinique				1 062.53

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
MILLE SOIXANTE-DEUX DIRHAMS CINQUANTE-TROIS CENTIMES	Total 1 062.53



231229234616C.

ZERROUK MOHAMED

Admission du : vendredi 29 décembre 2023

Ordonnance

(29/12/2023,30/12/2023) CONSULTATION _SO_ [DR. BERTULAZIZ]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
29/12/2023	Radiographie de la main sous une incidence	1	DR EL HABBOU MOHAMME
29/12/2023	Radiographie du poignet sous une incidence	1	DR EL HABBOU MOHAMME
29/12/2023	Supplement pour incidence radiographique supplémentaire	1	DR EL HABBOU MOHAMME
29/12/2023	Supplement pour incidence radiographique supplémentaire	1	DR EL HABBOU MOHAMME



090063728



HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Nom du patient: ZERROUK MOHAMED

Date: 29/12/2023

Type d'examen: **Radio du poignet + Main droits F/P**

:

Médecin traitant:

RESULTATS :

- Déminéralisation osseuse diffuse.
- Respect des corticales osseuses.
- Absence de trait de fracture.
- Absence de lésion osseuse lytique ou condensante.

Dr M. BENRAMI

Dr. BENRAMI MOHAMMED
Médecin Radiologue
INP# : 101250496