

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



200474

Déclaration de Maladie

M23- N° 0039190

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1372 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ABDELKARIM Mohamed
 Date de naissance : 06.10.1953
 Adresse : 37 N° 3 HAY EL Qods S.D Bernoussi Casablanca
 Tél. 0663255582 Total des frais engagés : 1235.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 4 / 3 / 24
 Nom et prénom du malade : Snad Fatma Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Tendinite de l'épaule
 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 : Casablanca le : 28/03/2024
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
04/03/24	cr		150,00	
25/03/24	S			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

04-03-24

78 1,60

25/03/24

103-4

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

14/03/2024

eur

200

25/03/24

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

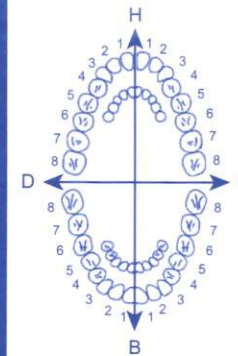
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

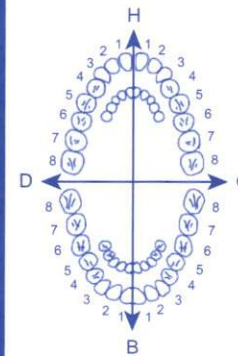
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 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

Casablanca, le 25/3/24.

Smart Fatima



1/13/24

Doliprane

2g

si besoin

1 x 1

2/8/24

par

1 x 1

صيدلية حي مبارك
 PHARMACIE MOUBARAKA
 BOUGHAFI Wafaa
 Docteur en Pharmacie
 6 Bloc 1 Hay Moubarak Bernoussi
 Tel: 05 22 76 76 51 CASABLANCA

ppv: 89 DH 70
 PER: 03/26
 LOT: M3533-1

1/3/24
 DR. Karima MOUKHADIE
 MEDECIN RHUMATOLOGUE
 INPE: 091145716

وصفة
ORDONNANCE

Casablanca, le 13/24.

Smad Fatima

34.6

19/ A 6 this (A'S)

18e 3

PHARMACIE MOULBARAKA
BOUGHOU Wafaa
Docteur en Pharmacie
Bloc 1 Hay Moubaraka Bernoussi
tel 05 22 76 76 41 CASABLANCA

19/01

6/ Nonmag (A'S)

e 8 in

19/01 0013
31/ chadoun

18j

19j

(A'S) 3 mis

OR KATIA MOUHAY
MEDECIN RHUMATOLOGUE
INPE: 0911452

PHARMACIE MOULBARAKA
BOUGHOU Wafaa
Docteur en Pharmacie
Bloc 1 Hay Moubaraka Bernoussi
tel 05 22 76 76 41 CASABLANCA

PPV 34.60 DH
LOT 1.085 PER 10/26

N° Lot : 23/152

PPC : 150,00 DH

nsommer de préférence avant

DLUO : 07/2026

n a CD068 0126

LOT PER

Prix

199-00

199-00

Prix

LOT PER

CD072 0926

Lot / A consommer de préférence

199-00

Prix

LOT PER

CD072 0926

Lot / A consommer de préférence

Casablanca, le 4/3/24.

Smad Fatima

Douleur + érythème de l'œil
droit.

5-5-63

Echographie de l'œil
droit


DR. KARIMA MOUKHABIEF
MEDECIN RHUMATOLOGUE
INPE: 091145706

RADIOLOGUE :DR.

Nom : SMART

**MEDECIN DEMANDEUR
DR.**

Prénom : FATIMA

DATE :14/03/2024

EXAMEN ECHOGRAPHIQUE : EPAULE DROITE

RESULTAT

- Le tendon sus épineux est légèrement tuméfié mesurant 9 mm d'échostructure hétérogène sans rupture visible
- Le balayage échographique de la zone douloureuse n'objective pas d'image de rupture ou fissure tendineuse visible
- Le tendon long biceps droit est en place dans leurs gouttiers de morphologie et taille normale.
- Absence de calcification ou d'épanchement au niveau des bourses séreuses.
- Absence d'épanchement articulaire.

AU TOTAL

- tendinopathie de sus épineux droit

SENTIMENTS CONFRATERNELS

Dr. A. ADABI
Radiologue
INPE: 09103575R

FACTURE N° :F240309666/P

N° classement : PAYANT - 8875



90001546

DATE FACTURE : 14-03-2024

Identification patient

N° IPP : 2400016876
Nom et prénom : SMAD FATIMA

N° d'admission : S240303127

Information

Date d'entrée : **14/03/2024 10:30**
Organisme 1 : **PAYANT (Payant)**
Service d'entrée : **RADIOLOGIE**

Date de sortie : **14/03/2024 10:36**
N° immatriculation 2 :
Medecin Traitant : **Dr. ADABI AICHA**
Service de sortie : **RADIOLOGIE**

Nature de Prestation	Intervenant	Lettre Clé	Quantité	PU	Taux Pec	Prix Total
HN-RADIOLOGIE : Forfait Echographie	M0500047	ECHOGR	1	200,00	0,00	200,00
TOTAL						200,00 Dhs

Nature de Prestation	Tiers payant 1		Tiers payant 2		Part du patient	
	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH
ECHOGR	0,00	0,00	0,00	0,00	200,00	100,00
TOTAL	0,00 Dhs	-	0,00 Dhs	-	200,00 Dhs	-

Montant dû :	200,00
Avances :	0,00
Montant Régulé :	200,00
Reste du :	0,00
Avoir :	0,00

TOTAL FACTURE : 200,00 Dhs

Arrêtée la présente facture de la part patient
à la somme de :

deux cents Dirhams

200,00 Dhs

EDITEE LE : 14 mars 2024 à 10:37

PAR : MOUJAHID MALIKA

FACTURE N° :F240207432/P

N° classement : PAYANT - 6839



90001546

DATE FACTURE : 04-03-2024

Identification patient

N° IPP : 2400016876
Nom et prénom : SMAD FATIMA

N° d'admission : S240202551

Information

Date d'entrée : **04/03/2024 12:09**
Organisme 1 : **PAYANT (Payant)**
Service d'entrée : **RHUMATOLOGIE**

Date de sortie : **04/03/2024 12:24**
N° immatriculation 2 :
Medecin Traitant : **Dr. MOUKHABIR KARIMA**
Service de sortie : **RHUMATOLOGIE**

Nature de Prestation	Intervenant	Lettre Clé	Quantité	PU	Taux Pec	Prix Total
ACTES COTES EN C : CONSULTATION DE SPECIALISTE	100057	Cs	1	150,00	0,00	150.00
TOTAL						150,00 Dhs

Nature de Prestation	Tiers payant 1		Tiers payant 2		Part du patient	
	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH
Cs	0,00	0,00	0,00	0,00	150,00	100,00
TOTAL	0,00 Dhs	-	0,00 Dhs	-	150,00 Dhs	-

Montant dû :	150,00
Avances :	0,00
Montant Régulé :	150,00
Reste du :	0,00
Avoir :	0,00

TOTAL FACTURE : 150,00 Dhs

Arrêtée la présente facture de la part patient
à la somme de :

cent cinquante Dirhams

150,00 Dhs

EDITEE LE : 4 mars 2024 à 12:26

PAR : Mme. GHAILANE HASSNA



