

## 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.

N° W21-807617

205918

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : A2722 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DARMAL Youness

Date de naissance :

01-03-1990

Adresse :

lot el FATH 2 NR 20 Sidi NAARouf CASA

Tél. : 0616832740

Total des frais engagés :

584,62 Dhs

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Président M. SOFIANE

Professeur Assistant - Chirurgie Pédiatrique

051318721

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

08/03/2024

Nom et prénom du malade :

DARMAL Majd

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Fracture 2 os avant-bras DT

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

chute à la maison

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 : 20/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Youness

## 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
09/03/2024	AN 12	SS 2 06	552,70	INP : Professeur Assistant Chirurgie 01318721
		HO 10		
		12/24		

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Ma Pharmacie 30 Bis, Fait à PARIS Tel. 05 22 78 62 05	09/03/2024	31,70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

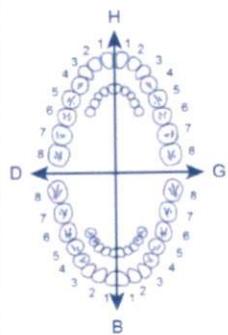
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

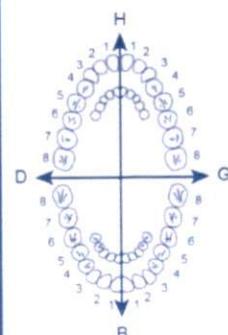
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

المستشفى الجامعي  
الوطني للطفل  
Cheikh Khalifa

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le:

08/03/2024



2400845730 / H0124007824

Prénom : MAJD

Nom : DARMAL

DDN : 14/11/2020 E: 08/03/2024

Service : URGENCES (NA)

PAYANT

Sexe: M

Pr ESSAMOUD SOUFIANE

Professeur Assistant - Chirurgie Pédiatrique

061318721

1) Doliprane 150  
9,70 1 suppo x 4

22,00  
2 Nifluril 400  
1 suppo x 2

T = 31,70

Ma Pharmacie  
Casablanca  
0522786205  
Professeur Assistant - Chirurgie Pédiatrique  
061318721

# DOLIPRANE



PPV 9DH70  
FER 11/25  
LOT M3997

9,70

## FORME PHARMACEUTIQUE

Doliprane 100 mg suppositoire sécable .....  
Doliprane 150 mg suppositoire .....  
Doliprane 200 mg suppositoire .....  
Doliprane 300 mg suppositoire .....

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE - ANTIPIRETIQUE  
(N: Système nerveux central)

# NIFLURIL

PAEDIATRIC

ENFANT

NIFLURIL

de l'Acide

as q.s.p 1

PPV : 20DH60

EXP 04/2026  
LOT 32031 2

نفلوريل

بكسحة  
غرام

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

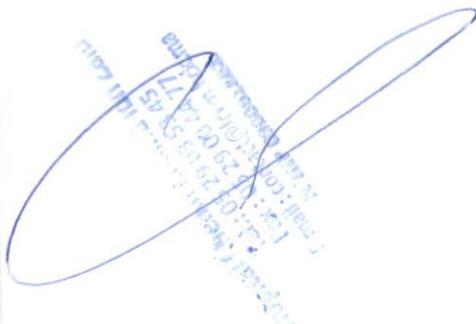
## F A C T U R E

N° : 40450 / 2024 du 08/03/2024

Nom patient	<b>DARMAL MAJD</b>	Entrée	08/03/2024
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	08/03/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RADIOGRAPHIE DU POIGNET DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	480,00
PHARMACIE	1,00		72,96	72,96
			<i>Sous-Total</i>	72,96
<b>Total Clinique</b>				<b>552,96</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENT CINQUANTE-DEUX DIRHAMS QUATRE-VINGT-SEIZE CENTIMES	<b>Total</b>	<b>552,96</b>



## DECOMPTE PHARMACIE

2400845730

Nom patient : DARMAL MAJD

Date sortie : 08/03/2024

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
BANDE DE PROTECTION 10CM	1	6,20	6,20
BANDE DE RESINE 10X3.6M	1	55,90	55,90
BANDE JERSEY 5MX07	1	10,86	10,86
Sous-Total consommable médical			72,96
		Total pharmacie	72,96





Casablanca, le 08/03/2024

PATIENT : DARMAL MAJD

EXAMEN(S) REALISE(S) : RX Poignet F+P

IPP : H0124007824

DATE NAISSANCE : 14/11/2020

NUMERO DOSSIER : 2400845730

### Rx DES DU POIGNET DROIT F/P

#### RESULTATS :

Fracture du 1/3 proximal des os de l'avant-bras gauche, avec légère angulation ulnaire.

Interlignes articulaires respectées.

Absence de signe de luxation.

Absence de lésion osseuse focale.

Absence d'anomalie des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr. QECHCHAR

041315254  
Radiologie  
Dr QECHCHAR  
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
DIAZMAN AYOUNE