

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.

Biologie 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.

Prothèse 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

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- 063310

ND: 29144

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1069 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zargui HAMMADI

Date de naissance : 1967

Adresse : Derb Takadom Sub rue 34 n 30 Cas

Cité Mohammadi

Tél. : 9519 866026 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	PC	IM	IV	
TOP KINE S.A.R.L. Takadoun Sud Rue 16 N 65 Hay Mohammadi Casablanca Tél.: 05 22 61 99 85	16.03.2020		20	50	00	200000
			20	9	120000	
			2	40000		

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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-348618	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-348618

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom <u>M. EL BAZOU Mohamed</u>		
Fonction :	Phones :	
Mail :		
MEDECIN	Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>11/6/2020</u>
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
<u>ANCI + SDR de 15 gms</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>Dentiste</u>		<u>470,00</u>
PHARMACIE	Date <u>11/06/2020</u>	
Montant de la facture	<u>135,40</u>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
Date :		
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV



M/6/2/2

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

M. ZARWI Mohamed

2220

1/6 doliprane

1 cp x 31 J * 2

5660 x 2

2/ Diprostérone

2 bits (Doux bits)

13540

Dr. A. S. T. ...
Professeur Assistant
Médecine Physique
Hôpital Cheikh Khalifa

PPV 22 DH 20
PER 03/22
LOT J 34

Codoliprane 

Paracétamol 400 mg
Phosphate de codeine 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217



611 800115 013 7
DIPROSTENE 1 Seringue
P.P.V : 56,80 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura



611 800115 013 7
DIPROSTENE 1 Seringue
P.P.V : 56,80 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 53 503 / 2020 du 11/06/2020

Nom patient : ZARGUI HAMMADI

Entrée 11/06/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 11/06/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Infiltration intra-articulaire	1,00		450,00	450,00
			Sous-Total	450,00
Total Frais Clinique				450,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	450,00
QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	450,00				450,00	0,00

Hopital Universitaire International Cheikh Khalifa
Service Rééducation
N° INP : 090061862

TOP KINÉ

Rééducation en :

Neurologie - Rhumatologie - Traumatologie
Cardio-vasculaire - Périnéale - Levé de Tension
Rééducation Respiratoire Nourrisson et Adulte
Pédiatrique
Drainage Lymphatique
Bien être:
Cure d'Amincissement - Régime - soins Corporels
Massage Relaxant - Tonique - aux Huiles Chaudes
Aromatique - Réflexologie

علاج أمراض الروماتيزم، آلام الظهر
أمراض القلب و الشرايين
شلل الأطفال، الشلل النصفي، التدليك الطبي
ترويض الجهاز التنفسي للصغار والبالغين
ترويض قبل وبعد الولادة
التدليك للمفاوي لعلاج الإنتفاخ
العلاج الفيزيائي
حصى التنحيف، حصى التجميل

N°: 000053

Casablanca, le : 16.03.2020

Facture

Nom du Patient : Mr. Farouk Hammami
Assurance : M. A. P. R. A. S.
Nature des actes : de Rééducation F1 (A.C.)
Nombre de séance : 10 séances
Frais de Séance : 12000
Somme Totale : 120000

Patente N°:
37952250

TOP KINÉ S.A.R.L.
Takadoun Sud Rue 16 N° 65
Hay Mohammadi Casablanca
Tél: 0522 61 99 85

Rue 16, N° 65, Takadoun Sud - Hay Mohammadi حي التقدّم الجنوبي زنقة 16، رقم 65، الحي المحمدي

Casablanca - Tél.: 0522 619 985 - GSM: 0675 747 395

Appel
le 04/03/20

ACC

1069

06 36 56 99 51

20/03/2020

23383

cha confon
Je vous confie
Zaegren Hamouda
pass - pass en
AVC isomique
recat. Pour
cardiologue mesur
Koussouf - St-Joseph

زاوية شارع ابن تاشفين وابن العدراء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5

(فوق أسيا و BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33

Angle Bd Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra II 3ème étage N° 5
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél : 05 22 61 11 33



TOP KINÉ

N° 000428

Rééducation en :
Neurologie - Rhumatologie - Traumatologie
Cardio-vasculaire - périnéale - levée de tension
Rééducation respiratoire nourrisson et adulte
pédiatrique
Drainage lymphatique
Bien être :
Cure d'amincissement - régime - soins corporels
Massage relaxant, tonique, aux huiles chaudes,
aromatique, réflexologie

علاج أمراض الروماتيزم، آلام الظهر
أمراض القلب و الشرايين
الشلل النصفي، شلل الأطفال، التدليك الطبي
ترويض الجهاز التنفسي للصغار والبالغين
ترويض قبل وبعد الولادة
التدليك المفاوي لعلاج الانتفاخ
العلاج الفيزيائي
حصص التنحيف، حصص التجميل

Casablanca, le : 20.02.2020

Devis

Nom du patient : Mr Fargui Hammadi
Assurance : MUPRAS
Nature des actes : de rééducation gest (AUC)
Nombre de séances : 20 séances
Frais par séance : 12000
Somme totale : 240000

Signature :

Rue 16 n° 65 Takadoum sud Hay Mohamadi حي التقدم الجنوبي زنقة 16 رقم 65 الحي المحمدي

Casablanca Tél. : 0522.619.985 - GSM : 0675.747.395

- Jaski-pagf

← a ~~tot~~ d'oe sein
Jouer une Computer
Speiliste

Cardi-Pool

DR. ~~Yiham~~ BELAICHE
Cardiologue
Angle Bd. du Tachemine N° 6
El Mourakchi 3ème Etage N° 6
Casablanca Tel: 0522 61 11 13



Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux

Explorations
Cardio-Vasculaires

إختصاصية في أمراض
القلب و الشرايين
استكشاف أمراض
القلب و الشرايين

05/03/2020

cheu conficra

Je vous confie

M Zargui Hammed

pour l'examen de

Rémiatologie

AVC inchoative

20 jours

Dr. Siham BELAICHE
Cardiologue
Angle Bd Ibn Tachefine et Adraa
El Mourakouchi 3ème étage N°5
Casablanca - Tél. 0522 61 11 33

زاوية شارع ابن تاشفين، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5
(فوق أسيا و BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33

Angle Bd Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra II 3ème étage N° 5
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél : 05 22 61 11 33

Acc -
MLE 1069 -

complément d'ordre
ND: 23383

Kine -

0664569251

