

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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,

extraction 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.

Ordonnance :

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.

Orthodontie :

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 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° P19-0031683

N° D: 36948

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3263 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HADJICHA BOUCHABO

Date de naissance : 01/10/1957

Adresse : Bloc 102 N13 OUB ANAL HAY HASSANI

CASABLANCA

Tél. 0649504193 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/07/2020

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Fièvre du pectoral

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 : 17/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

43

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
19/17/2020				
07/08/2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

19/17/2020

352,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

07/08/2020

230 DH

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 :

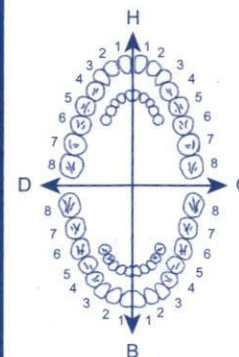
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bi

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 00000000 00000000 G
 35533411 11433553
 B

Coefficient DES TRAVAUX

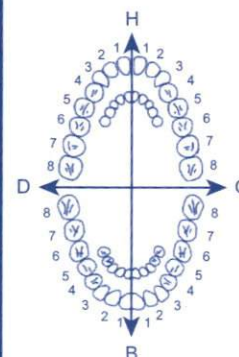
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 :

19/07/2020



2000229666 / H0120018035

Prénom : JAMILA

Nom : HANNAN

DDN : 08/05/1962 E: 19/07/2020

Service : HOSPI 5 (NA)



PAYANT
Sexe: F

22-

① *Coza*



141-20 x2 14 x 2/5

② *Zinet*



147-80 14 x 3/5

③ *Met*



17-352-80 14 x 2/5

Dr. Souhail BENSALAH
Traumatologie Orthopédie



R D V

07/08/2020

* Réunion sur
conduite / action

24/07/2020

Dr Souhail BENSALAH
Traumatologie Orthopédie



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

07/08/2010

Mme Fawziya Houssein

Ra du triquet
et (f + I)

09/08/2010
Dr Souhail
Traumatologie orthopédique
Tél : +212 529 004 466



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 07/08/22

Quittance - Paiement espèces

0501339

IPP :

N° D'admission : Montant : 2300

Patient : HANAN DAN 107.40

Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



Casablanca , le 07/08/2020

PATIENT : HANNAN JAMILA

MEDECIN TRAITANT :

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Poignet F+P D sous plâtre**

Fracture métaphyso-épiphysaire distale de l'extrémité inférieure du radius avec broches en place.

Fracture transversale de la styloïde cubitale.

Traits de fracture oblique de la base du quatrième et du troisième os métacarpiens.

Minéralisation osseuse normale.

Tuméfaction des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MAHI**

Code INPE: 011051430

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Site Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,

BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fckm.ma



Fondation
Cheikh Khalifa Ibn Zaid

ROYAUME DU MAROC

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 75 601 / 2020 du 07/08/2020

Nom patient : HANNAN JAMILA

Entrée 07/08/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 07/08/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Radiographie du poignet sous une incid	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographiq	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	230,00
Total Frais Clinique				230,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT TRENTE DIRHAMS

Total 230,00

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	230,00				230,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529004466
E-mail : www.hck-fckm.ma