

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



**Déclaration de Maladie**

N° P19- 048700

44075

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1659 Société : R.A.M.  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : Nadia Moudjen / MAHJoubi Mrs  
Date de naissance : 29/06/1970 / 01/01/1950  
Adresse : 317 lot Paymaoue Lissasne Casablanca  
Tél : 0661051868 Total des frais engagés : 608,25 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hicham BAHIRI  
Spécialiste en Médecine  
d'Urgence Réanimation  
Traitement de la Douleur

Date de consultation : ...../...../.....  
Nom et prénom du malade : Nadia Moudjen Age: 50  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : Plaine

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 et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à :  
Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS  
16 JULI 2020  
ACCUEIL

**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.

**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

### 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
13/10/20	Facture	1633	608,25 DH	

### 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	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 :

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

*[Signature]*



2000260535 / H0119033771

Prénom : Nadia

Nom : MOUDDEN

DDN : 29/06/1970 E: 13/10/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: F

*Donner à boire  
sous les 2  
jours*

Dr. Hicham BAHIRI  
Spécialiste en Médecine  
d'Urgence Réanimation  
Traitement de la Douleur

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

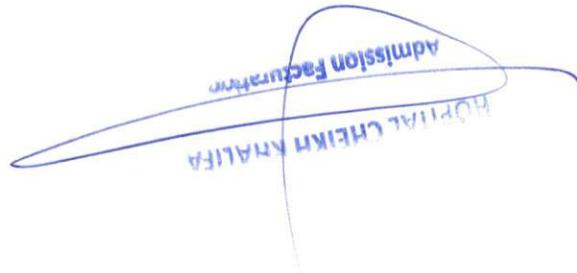
## F A C T U R E

N° : 100633 / 2020 du 13/10/2020

Nom patient	<b>MOUDDEN NADIA</b>	Entrée	13/10/2020
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	13/10/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
K5	5,00	K5	45,00	225,00
			<i>Sous-Total</i>	525,00
PHARMACIE	1,00		83,25	83,25
			<i>Sous-Total</i>	83,25
<b>Total Clinique</b>				<b>608,25</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
SIX CENT HUIT DIRHAMS VINGT-CINQ CENTIMES	<b>Total</b>	<b>608,25</b>

  
 Admission Facturation  
 HOPITAL CHEIKH KHALIFA



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : 13/10/2020



2000260535 / H0119033771

Prénom : Nadia

Nom : MOUDDEN

DDN : 29/06/1970 E: 13/10/2020

Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe: F

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA  
Admission Pasturation

**Dr. Hicham BAHIRI**  
Spécialiste en Médecine  
d'Urgence Réanimation  
Traitement de la Douleur

Date : 13 / 10 / 2020

Quittance - Paiement espèces 0511676

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 108,25 DH

Patient : MOUDDEN NADIA .....

Cachet

 Admission Facturation  
HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

Date : 13 / 10 / 2020

Quittance - Paiement espèces 0511673

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 500 DA

Patient : MOUDDEN NADIA

Cachet

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA  
Admission Facturation