

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 canalaire, 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 canalaire.

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 |

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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12462 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : GENANE ICHRAK A6975L

Date de naissance : 23/07/85

Adresse : 20, bt de la mague

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. ANIQ FILALI RIC
Médecin Spécialiste
Médecine Interne
Hospital Universitaire
International Cheikh Khalifa
INPE : 000061862

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/07/2023

Nom et prénom du malade : GENANE ICHRAK

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Anémie

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 :

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
26/07/2023	visite infirmière	1857.18	N° 103984	INP : 090651862 Dr. A. Médecin Universitaire Hôpital International INPE : 090651862

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Commissaire	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'Urgence		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Particien	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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



COMPTE RENDU

Je soussigné certifie M^r / Mme

2300721472 / H0121016267
Prénom : ICHRAK
Nom : GENANE
DDN : 23/07/1985 E: 26/07/2023
Service : HDJ MEDECINE 1 (NA)

PAYANT
Sexe: F

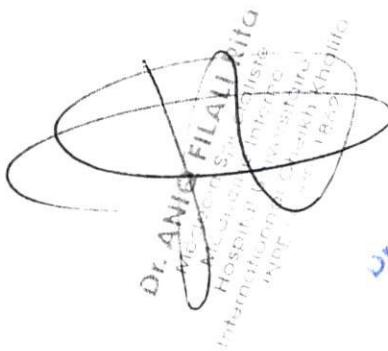
Est suivi a l'hôpital universitaire international Cheikh Khalifa de Casablanca dans le cadre de la prise en charge d'une

audie *Rita FILALI*. Perfusion perfusée sous
bien fait ce jour.

Je reste à votre disposition pour toute information

Supplémentaire.

SIGNATURE :



Dr. ANIA FILALI Rita
Médecin Spécialiste
Médecine Interne
Hôpital Universitaire
International Cheikh Khalifa
INPE : n°n61863

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **103 984** / 2023 du **26/07/2023**

Nom patient : **GENANE ICHRAK**

Entrée **26/07/2023**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **26/07/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
PERFUSION	1,00		700,00 Sous-Total	700,00 700,00
PHARMACIE (en sus)	1,00		1 157,18 Sous-Total	1 157,18 1 157,18
Total Frais Clinique				1 857,18

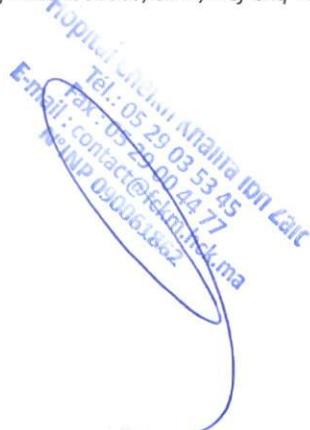
Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE HUIT CENT CINQUANTE-SEPT DIRHAMS DIX-HUIT CENTIMES

Total **1 857,18**

Encaissements	Chèque			Total encaissé	Solde
	1 857,18			1 857,18	0,00

Ref Chq : 2234083589/CDM/ Ref Chq : 2234083591/cdm/ Ref Chq : 2234083591/cdm/



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2307261640566580 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300721472	GENANE ICHRAK	26/07/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	2234083591/cdm Lui-même	1 857,18
PAYANT	Total payé	1 857,18
MILLE HUIT CENT CINQUANTE		

Reçu établi par : NEZ.BEN

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@um.hck.ma
NINP : 00061862



ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : GENANE ICHRAK N° Facture : 103 984 2300721472

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
CHLORURE DE SO 0,9%Po250 Injecta (01)	1	13,10	13,10
FERINJECT INJCETABLE INJECTA (01)	1	1 102,00	1 102,00
METHYLPREDNISOLONE 40 mg INJECTA (20)	2	14,00	28,00
PARACETAMOL NORMON 1G INJECTA (50)	1	14,08	14,08
Sous-Total médicaments			1 157,18
		Total pharmacie	1 157,18

