

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 : 2.118

Société : R.A.D

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

TALABI Ahmed

1955

Date de naissance :

01.01.1949

Adresse :

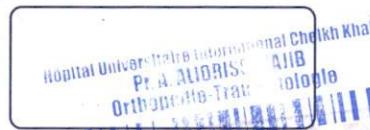
Al Rhyanea El Al 105 la Sragh Casablanca

Tél. : 0672.18.0134

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

MOULDY FATIMA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causés et circonstances :

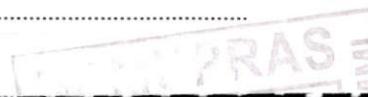
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
10/02/24	✓ 1911 Facture		480,00	Hôpital Universitaire International Casablanca Pr. A. ALDRISS - HAB Orthopédie-Traumatologie N° 115522
			10/02/24	
			10/02/24	
			10/02/24	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Tél.: 05 29 08 52 45
Fax : 05 29 08 52 45
Email : contact@farma.tam.ma

Montant de la Facture

10/02/24 100,00
12/02/24 222,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				MONTANTS DES SOINS	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
H	25533412	21433552			
D	00000000	00000000			
B	00000000	00000000			
G	35533411	11433553			
[Création, remont, adjonction]					
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
COEFFICIENT DES TRAVAUX				DEBUT D'EXECUTION	
DATE DU DEVIS				FIN D'EXECUTION	
MONTANTS DES SOINS				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 23 117 / 2024 du 10/02/2024

Nom patient : MOULDY FATIMA

Entrée 10/02/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 10/02/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DU POIGNET DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	480,00
Total Frais Clinique				480,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
QUATRE CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS		Total 480,00

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	480,00				480,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026
E-mail : contact@fckm.hdk.ma
N°IMP 090061862



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

12/02/24

Reine Roudy Fatima

1 - sedol ep

PPU: 222,00 DH
LOT: 651423
PER: 01/25



2 - Augmenter ip
222,00

1 x 3 p/t 105

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr FOUAD MEHDY
Médecin Résident - Traumatologie
N° 1862

Casablanca, le dimanche 11 février 2024

Compte Rendu d'Hospitalisation

Identification du Patient		Information sur le Séjour
Nom :	MOULDY	Médecin traitant : Prof. Assistant AL IDRISI NAJIB Traumatologie
Prénom :	FATIMA	Service d'hospitalisation : HOSPI MERE ENFANT
Date de naissance :	01/01/1955	IPP du patient : 160216062501HA
Sexe :	Féminin	NDA séjour : CK2400635 Entrée le : 11/02/2024 Sortie le : 12/02/2024

Médecin correspondant
Nom et prénom :
Spécialité :

Contexte de l'admission :

TRAUMATISME FERME DU POIGNET GAUCHE

Examens d'imagerie :

FRACTURE DE L'EXTREMITE DISTALE DU RADIUS

Décision thérapeutique :

OSTEOSYNTHSE DU POIGNET GAUCHE

Evolution :

SANS ANOMALIE

TRAITEMENT DE SORTIE :

ANTIBIOTIQUE ANTALGIQUE

Signature :

Prof. AL IDRISI NAJIB



Casablanca, le dimanche 11 février 2024

Compte Rendu opératoire

Identification du Patient	Information sur le Séjour
Nom : MOULDY	Médecin traitant : Prof. Assistant AL IDRISI NAJIB
Prénom : FATIMA	Service d'hospitalisation : HOSPI MERE ENFANT
Age : 69 ans	IPP du patient : 160216062501HA
Sexe : Féminin	NDA séjour : CK2400635
Date de l'intervention : 11/02/2023	

INTERVENANTS :

PR AL IDRISI NAJIB

ACTES CHIRURGICAUX EFFECTUÉS :

OSTEOSYNTHESE DU POIGNET

MODE D'ANESTHESIE :

AG

Patient informé des risques, conséquences et complications éventuelles de l'intervention.

COMPTE RENDU OPERATOIRE :

FRACTURE DEPLACÉE DE L'EXTREMITE DISTALE DU RADIUS GAUCHE
PATIENTE SOUS AG, SUR TO MEMBRE SUPERIEUR GAUCHE SUR TABLE MARGINALE
REDUCTION PAR MANNOEUVRE EXTERNE
CONTROLE SCOPIQUE SATISFAISANT
MISE EN PLACE DE TROIS BROCHES DE KIRSCHNER
CONTROLE SCOPIQUE SATISFAISANT
FERMETURE AU VICRYL RAPIDE
PANSEMENT
ATTELLE ANTERIEURE

SPO:

ATB ANTALGIQUE
RADIO DE CONTROLE

SIGNATURE :

Prof. AL IDRISI NAJIB



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

10/02/24

22,00

-

ce soi P

2400828332 / 160216062501HA

PAYANT

Prénom : FATIMA

Nom : MOULDY

DDN : 01/01/1955 E

Service : URGENCES

22,00

T = 22,00

si du levo

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Dr FOUDAIL MEHDI

Médecin Résident - Traumatologie

090061862

Pharmacie TAM
Dr. Bennani, Jaafar
42, Bd du 20 Août 1955
Casablanca
Tél. 032 90 18 99