

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 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

- Reclamation : 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.

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° M21- 066499

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2178 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TALLABI AHMED 202576
 Date de naissance : 01.01.1949
 Adresse : AL Khaznara, FY, N° 185, Hassan
 Tél. : 0672190134 Total des frais engagés : 1662107 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :
 Date de consultation : 08/04/2019
 Nom et prénom du malade : Fatima Marty
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : A.M.O du ligament fém.
 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 : Casablanca Le : 08/04/2019
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
08/04/24	Ablation de Matériel		1600,00	 Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Professeur Agrégé / Chef de service Traumatologie-Orthopédie 07 11 53 90 2

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

08.04.24

62,10

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

A M

P C

I M

I V

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 :

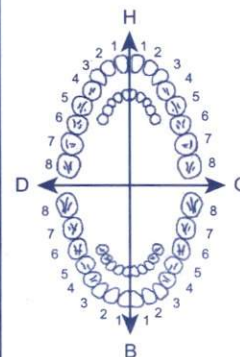
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

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 :

08/04/2024



21003583507 / 160216062501HA
Nom: FATIMA
Prénom: MOULDY
Date: 01/01/1955 E: 08/04/2024
Service : HDJ CHIRURGIE 2 (NA)



PAYANT
Sexe: F

23.50

1/ Coparantal

1cp x 3 jour A douleur

COPARANTAL®
400 mg / 20 mg
PPV 23DH50
EXP 10/2024
LOT 16009 10

38.60

2/ Ixor: 20 mg

1 gélule / jour A douleur

IXOR® 20 mg 7 comprimés effervescent
IXOR 20mg 7CPS EFF
PPV 38DH60
EXP 07/2025
LOT 36022 5

62.10



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. ELI HAMZA
Médecin Régent - Traumatologie
090061862

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. ELI HAMZA
Médecin Régent - Traumatologie
090061862

FACTURE

N° 56 040 / 2024 du 08/04/2024

Nom patient : MOULDY FATIMA

Entrée 08/04/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 08/04/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ABLATION DE MATERIEL	1,00		1 600,00	1 600,00
			Sous-Total	1 600,00
Total Frais Clinique				1 600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE SIX CENTS DIRHAMS

Total 1 600,00

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	1 600,00				1 600,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@hckz.gov.qa



Casablanca, le lundi 8 avril 2024

Compte Rendu opératoire

Identification du Patient	Information sur le Séjour
Nom : MOULDY	Médecin traitant : Prof. Assistant AL IDRISSEI NAJIB Traumatologie
Prénom : FATIMA	Service d'hospitalisation : Hôpital de jour Chirurgie 1
Age : 69 ans	IPP du patient : 160216062501HA
Sexe : Féminin	NDA séjour : 2400858507
Date de l'intervention : 08/04/2024	

INTERVENANTS :

AL IDRISSEI NAJIB - MEDECIN PERMANENT - Entrée :11:32 - Sortie :11:58

EL GHADBANE HATIM - EXTERNE - Entrée :11:40 - Sortie :11:50

ACTES CHIRURGICAUX EFFECTUES :

ABLATION DE MATÉRIEL

MODE D'ANESTHESIE :

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

COMPTE RENDU OPERATOIRE :

ATCD DE FRACTURE DU POIGNET GAUCHE

INDICATION D'ABLATION DU MATERIEL DU POIGNET GAUCHE

SOUS AG DECUBITUS DORSAL

REPRISE DES ANCIENNES VOIES D'ABORD

ABLATION DE 3 BROCHES

SUTURES RESORBABLES

PANSEMENT

SIGNATURE :

Prof. Assistant AL IDRISSEI NAJIB

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Médecin C. Traumatologie
09 00 6 13 6 2