

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 Meils 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2118 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TALLABI AHMED 202576

Date de naissance :

01/01/1949

Adresse :

AL Khayzarena F.Y AF 185 Hassan

Tél. : 06.72.18.01.34

Total des frais engagés : 41662.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08/01/2014

Nom et prénom du malade :

Abdullah Moulay Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

A.I.D du fils

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 : 08/01/2014

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
08/06/24	Ablation de l'artériel		1600,00	Hopital Universitaire International Cheikh Khalifa Professeur Abdellatif / Chef de service Dr AL IDRISI NAJIB Traumatologie Orthopédie 071 153902

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE	08.06.24	62.10

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
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and				



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

08/04/2024



2/00858507 / 160216062501HA

Nom : FATIMA

Nom : MOULDY

DDN : 01/01/1955 E: 08/04/2024

Service : HDJ CHIRURGIE 2 (NA)

PAYANT
Sexe: F

23.50

1/ Co-paracétamol

1cp x 3 jour à prendre

38.60

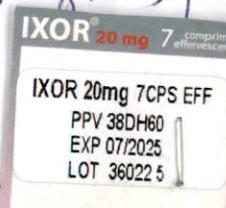
2/ Ixor : 2 mg.

1 gélule 1 jour à prendre

62.10



PPV 23DH50
EXP 10/2024
LOT 16009 10



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

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 Sous-Total	1 600,00 1 600,00
Total Frais Clinique				1 600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	1 600,00
MILLE SIX CENTS DIRHAMS		

	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: hcmz@ofcom.tn

Casablanca, le lundi 8 avril 2024

Compte Rendu opératoire

Identification du Patient	Information sur le Séjour
Nom : MOULDY	Médecin traitant : Prof. Assistant AL IDRISI 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 IDRISI 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 IDRISI NAJIB

