

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 053928

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1192 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JAYED ZOUBIDA
Date de naissance :
Adresse : Habituelle
Tél. : 0668741712 Total des frais engagés : 2886,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :



Date de consultation :
Nom et prénom du malade : JAYED ZOUBIDA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Traumatisme transfacial
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
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL 06 MARS 2020

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/02/2020		05	300,00	
25/2/22	€		300,00	
26/03/22	€		300,00	

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/02/2007	198,00 gm
	26/02/2007	128,00 gm

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/2/2	Sejour Anesth Pol. Epale R. genit. FB	1000 2300 2300

[illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'EC

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="margin: 0 10px;"> <p>D</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>G</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECUT



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 26.12.2017

Quittance - Paiement espèces

0462082

IPP :

N° D'admission : Montant : 300,00

Patient : JAYOON ZUBOON

Cachet

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 44 77
E-mail : contact@icm.kh.kw
Tél : 090061862



2000189777 / 151029102840ME

Prénom : ZOUBIDA

Nom : JAYED

DDN : 01/01/1950 E: 26/02/2020

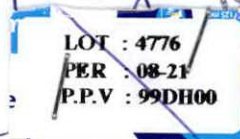
Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: F

Casablanca, le :



2x99,00

+ Actou Ig: Sachet x 3/5 pte 6 xs

+ Daprest do: 3 p/5 lemat

+ Analol Ig: 1 cp x 3/5 & stock

198,00

PHARMACIE SARANAZ
SARANAZ
140 Lot Sidi Mohammed El-Abbasfa
Casablanca
Tél: 05 22 65 20 07



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

26.02.2020



2000189777 / 151029102840ME

Prénom : ZOUBIDA

Nom : JAYED

DDN : 01/01/1950 E: 26/02/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: F

60,12

Raxibose 12

ap x 3i

68,2

vit d

128,12

PHARMACIE SARANAZ
(S.A.R.L.)
140, rue des Oudays
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
PP AMRAN MOULOUEH
OPHTALMOLOGIE



Distribué sous licence
par LAPROPHAN
21, rue des Oudays
CASABLANCA - Maroc
580735
PPV:
60DH10

RIMA PHARMA
PVC : 68,00
028117714100



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 27 695 / 2020 du 26/02/2020

Nom patient : JAYED ZOUBIDA

Entrée 26/02/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 26/02/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation initiale d'urgences hors déchocage	1,00		100,00	100,00
- Consultation de spécialiste en urgence	1,00		200,00	200,00
CONSULTATION OPHTA	1,00	CS	300,00	300,00
- Scanner cérébral	1,00		1 500,00	1 500,00
- Radiographie de l'épaule sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Radiographie du genou sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographique supplémentaire	2,00		50,00	100,00
			Sous-Total	2 560,00
Total Frais Clinique				2 560,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE CINQ CENT SOIXANTE DIRHAMS

Total 2 560,00

	Espèces	Chèque			Total encaissé	• Solde
Encaissements	300,00	2 260,00			2 560,00	0,00

Ref Chq : 5089432 BP/

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54
Email: reception@hkh.gov.ae
N°ICE 001740003000026



Casablanca , le 26/02/2020

PATIENT : JAYED ZOUBIDA

MEDECIN TRAITANT :

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Genou D F+P**

Absence de lésion osseuse radiologiquement évidente au niveau du squelette du genou.

L'interligne fémoro-tibiale est respectée.

La texture osseuse est radiologiquement normale.

Absence d'anomalie évidente au niveau des parties molles du genou.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MAHI**

Code INPE: 011051430

Handwritten signature in blue ink, likely of the doctor Pr MAHI.





Casablanca , le 26/02/2020

PATIENT : JAYED ZOUBIDA

MEDECIN TRAITANT :

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Epaule G F+P**

Rx EPAULE F/P

Minéralisation osseuse normale.

Articulation scapulo humérale de morphologie normale.

Espace sous acromial conservé

Absence de calcification des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MAHI**

Code INPE: 011051430





Casablanca , le 26/02/2020

PATIENT : JAYED ZOUBIDA

TDM CEREBRALE

2000189777 / 151029102
Prénom : ZOUBIDA
Nom : JAYED
DDN : 01/01/1950 E: 26
Service : URGENCES (NA)

TECHNIQUE :

- Examen réalisé par un scanner multi barrettes, sans injection de produit de contraste par des coupes millimétriques, depuis le vertex jusqu'à la base du crâne avec reconstruction.

RESULTATS :

- **A l'étage sus tentoriel :**
 - Absence de lésion parenchymateuse au niveau de la substance blanche et de la substance grise.
 - Structures médianes en place.
 - Système cisterno-ventriculaire de taille et de morphologie normales.
 - Hématome péri-orbitaire droit
- **A l'étage sous tentoriel :**
 - Absence d'anomalie parenchymateuse bulbo-protubérantielle ou hémisphérique cérébelleuse.
 - V4 en position médiane.
 - Charnière cervico-occipitale d'aspect normal.
 - Absence de lésion osseuse

CONCLUSION :

- **Aspect TDM sans anomalie en dehors d'un hématome péri-orbitaire droit.**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MAHI**

Code INPE: 011051430

