

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

85669

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11448

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHYAR KAMAL

Date de naissance : 11-09-73

Adresse : DAR BOUAAZZA

Tél. : 06.93.35.85.71

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Service de Pédiatrie

Code : 104109254

Cachet du médecin :

Date de consultation : 91/09/2021

Nom et prénom du malade : KHYAR YACOUT

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

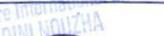
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/09/2021

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
21/09/2014	Consultation	1	300,-	Hôpital Universitaire Ibn Rochd Pr DINA MOUZHA pédiatrie Signature :  Date : 21/09/2014

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAVONNAIRE RAHMA Lot: 142 Rahma 2 CASABLANCA Tel: 05 22 01 33 35	10.11.00	27109121

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre de radiologie Klinikum Bochum Klinikum Bochum 0421/150100 12/09/96	12/09/96	Référence Résultat	100,-
		Référence Résultat	100,-

AUXILIAIRES MÉDICAUX

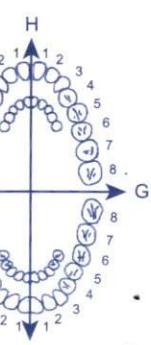
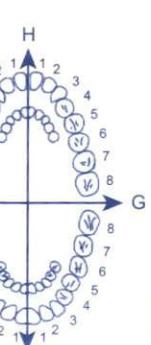
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan

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



2100399161 / H0121026546

Prénom : YACOUT

Nom : KHYAR

DDN : 05/07/2017 E: 21/09/2021

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: F

98 bis Al Meknès
160

le molen
X A no. 1

PHARMACIE SARANI ARAHMA
LOT 442 Arrahma 2
CASABLANCA
Tel: 05 22 01 32



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr DINI NOUZHA
Pédiatrie
101109254

KHYAR
KAMAL

M+L: M 448

objet : fracture bras enfant
Khyar yacont .

je vous confirme que mon enfant
Khyar yacont s'est blessé à
la maison et à fracture son bras
en tombant .

Khyar Kamal




Non

Collier d'identité : 00000000000000000000000000000000



2100399161 / H0121026546

Prénom : YACOUT

Nom : KHYAR

DDN : 05/07/2017 E: 21/09/2021

Service : URGENCES (NA)

Casa

PAYANT
Sexe: F

BILAN RADIOLOGIQUE

Age : ... Ans

Poids : Kg

Sexe : M F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Tour de cou et rep

• RADIO STANDARD : Avoir + Bras droit + Coude

FACE

PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

Avec injection

Sans injection

Créat :

BHCG : Positive

négative

• IRM :

Pacemaker Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des urgences

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr DINI NOUZHA
Pédiatrie



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 24/09/2021

Quittance - Paiement espèces

0605558

IPP :

N° D'admission : Montant : 480.00

Patient : Rhyg o R. Yacout

Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa International
Tél. : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hck.mn
NINP 090061862

Date : 24/09/2021

Quittance - Paiement espèces

0605557

IPP :

N° D'admission : Montant : 3000 dh

Patient : Khéyan Yacout

Cachet

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Tél. : +212 29 03 13 45
Fax : +212 29 00 44 77
E-mail : contact@cam.hk.m.ma
N° IMR 0900612957

Casablanca , le 21/09/2021

PATIENT

: KHYAR YACOUT

RX COUDE DROIT FACE/PROFIL

Minéralisation osseuse normale.

Articulations du coude morphologie normale.

Absence d'anomalie des parties molles.

Absence de lésion osseuse de nature traumatique.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr AZIZ**



Casablanca , le 21/09/2021

PATIENT

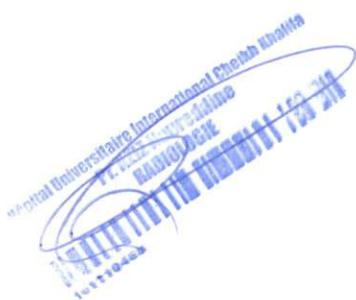
: KHYAR YACOUT

RADIOGRAPHIE DE L'AVANT BRAS DROIT F/P

- Fracture diaphysaire de la moitié supérieure radio ulnaire avec discrète angulation dorsale en regard.
- Minéralisation normale des structures osseuses.
- Respect des interlignes articulaires sus et sous jacentes.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr AZIZ**



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 112 534 / 2021 du 21/09/2021

Nom patient : **KHYAR YACOUT**

Entrée 21/09/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 21/09/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION PEDIATRIE	1,00	CS	300,00	300,00
- Radiographie Avant bras face profil	1,00		250,00	250,00
- Radiographie du coude sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographique supplémentaire	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	780,00
Total Frais Clinique				780,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> SEPT CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total	780,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	780,00				780,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 08 44 77
 e-mail : contact@fckm-hck.m
 N° INP 090061862