

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

- 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° W19-469668

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6235 Société : 86242
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : JAKIR MED
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : 1004,92 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 27/09/2021
 Nom et prénom du malade : JAKIR Age : 63 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : paralysie gauche
 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 : Le : 27/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
21/09/21		9	200 DM	INP : 1111111111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/09/21	424,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/09/21	10	280,00 DM

AUXILIAIRES MEDICAUX

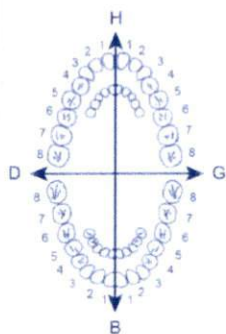
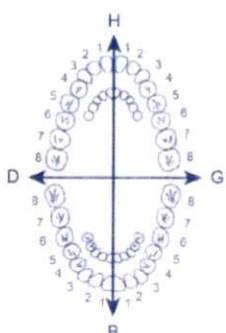
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>																					
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكون بحث



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 21/09/2021

JAKIR Mohamed

P.P.V : 37,00
LOT :
EXP :

PPC : 149,50 DH

curanti forte®
comprimé

Lot :
À consommer de
préférence avant le :

215046
02/2024

P.P.V : 37,00
LOT :
EXP :

Lot : 1 8 6 3 5

P.P.V :

Exp.

150 00

150,00

320 Bd
Tél

25,70

25,70

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassan, BP 82403 Casablanca, Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.ichk.ma



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

21/09/2024

7^R

JAKIR

Nohamed

1/ Rx du genou Gauche FIP et
chari

2/ FIP à 30

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Département de Radiologie
Service de Radiologie Interventionnelle
Service de Radiologie Diagnostique
Service de Radiologie Pédiatrique
Service de Radiologie Gynécologique
Service de Radiologie Oncologique
Service de Radiologie Neurologique
Service de Radiologie Néphrologique
Service de Radiologie Cardiaque
Service de Radiologie Thoracique
Service de Radiologie Abdominale
Service de Radiologie Vasculaire
Service de Radiologie Dentaire
Service de Radiologie Odontologique
Service de Radiologie Stomatologique
Service de Radiologie Maxillo-faciale
Service de Radiologie Otorhinolaryngologique
Service de Radiologie Ophtalmologique
Service de Radiologie Otorhinolaryngologique
Service de Radiologie Pédiatrique
Service de Radiologie Gynécologique
Service de Radiologie Oncologique
Service de Radiologie Neurologique
Service de Radiologie Néphrologique
Service de Radiologie Cardiaque
Service de Radiologie Thoracique
Service de Radiologie Abdominale
Service de Radiologie Vasculaire
Service de Radiologie Dentaire
Service de Radiologie Odontologique
Service de Radiologie Stomatologique
Service de Radiologie Maxillo-faciale
Service de Radiologie Otorhinolaryngologique
Service de Radiologie Ophtalmologique

F A C T U R E

N° 112 367 / 2021 du 21/09/2021

Nom patient : JAKIR MOHAMED

Entrée 21/09/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 21/09/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de traumatologie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

A handwritten signature in blue ink is written over a circular blue stamp. The stamp contains the text 'Hôpital Universitaire Mohamed Taieb Naciri' and 'Bordj Bou Medjen'.

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 112 480 / 2021 du 21/09/2021

Nom patient : JAKIR MOHAMED

Entrée 21/09/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 21/09/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Radiographie du genou sous une inciden	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographiq	2,00		50,00	100,00
			Sous-Total	280,00
Total Frais Clinique				280,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
DEUX CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total 280,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			280,00		280,00	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
SERVICE RADIOLOGIE



Casablanca , le 21/09/2021

PATIENT : JAKIR Mohamed
MEDECIN TRAITANT :
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX GENOU GAUCHE INCIDENCES AXIALES**

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

L'interligne fémoro-patellaire 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 AZIZ**

