

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 Mails utiles

- | | |
|-----------------------------------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

Déclaration de Maladie

N° W19-469668



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6235 Société : 8696

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JACIR MED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 700790 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/9/2021

Nom et prénom du malade : JACIR MED Age : 63 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : gynäcologie

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.

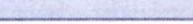
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : casablanca Le : 27/09/2021

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 |
| 21/09/09 | C | g | 300 DH | INP : 101AB1038 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 21/09/2024 | 424,90 |

| ANALYSES - RADIOPHARMACIES | | | |
|-----------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | 21/09/81 | Re | 280,00 Dr |

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 21/09/2021

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

JAKIR Mohamed

149,50

PPC : 149,50 DH

curanti forte®
comprimé

315046
02/2024

149,50

Lot :
À consommer de
préférence avant le :

37,00 x 2 1 (p x 2)

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

2 Acetamin

Lot. 1-84235 P.P.V :
Exp. 04-2022 150,00

160,00 8p x 2 p.m.

320 Bals Ter. 01

3 Celebrex 200 mg

25,70

4 Paracet

Pr. ASS. Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Traumatologie et Réadaptation
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassan, BP 82403 Casablanca • Maroc
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hicm.ma

424,90

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

21/09/24

7 R

JAKIR

Nobamed

1/ Rx du genou Ganté PIP ev
Omar G

21 SEP à 80

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Centre Médical Traumatologique
Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 112 367 / 2021 du 21/09/2021

Nom patient : **JAKIR MOHAMED**

Entrée 21/09/2021

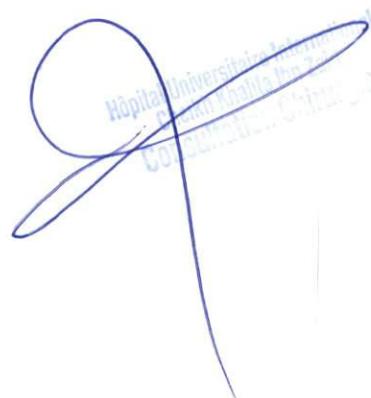
Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 21/09/2021

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

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS | Total | 300,00 |
| | | |

| Encaissements | | | | | Total encaissé | Solde |
|---------------|--|--|--|--|----------------|---------------|
| | | | | | | 300,00 |



A large, handwritten signature in blue ink, appearing to be a stylized 'J' or a similar character, is written over a faint, blue watermark-like signature that reads 'Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa Ibn Zayd' and 'COPCLINIC'.

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 UNIVERSITAIRE
CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
SERVICE RADILOGIE*

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**

