

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0025441

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4517 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YAHIA KHALID

Date de naissance : 28.06.62

Adresse : 2, RUE ATT DELLOU, AU ZERHOUNE, SOWISH, RABAT

Tél. : Total des frais engagés : 1350,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : brachy 84 cough ch 2075

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Rabat Le : 1/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0025441

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
	19.06.2023 CS		300 MT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/06/23	410.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18.06.2023	RA	600 MT

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

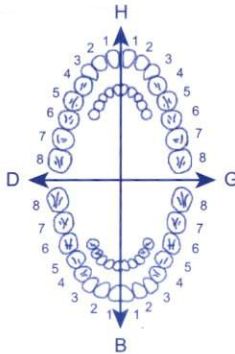
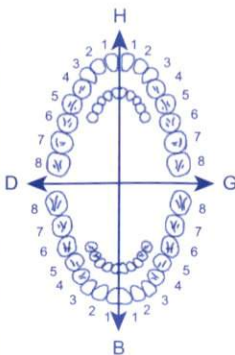
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
																								
																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td>H</td><td></td><td></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> </div> <div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> </div>	H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B					
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE IBN KHALDOUN



صحة ابن خلدون

Urgences et réanimation 24h/24h 7j/7j

Rabat, le : 19/04/23 : الرباط في

Profenid® 100 mg/2 ml
Solution injectable IM
6 Ampoules



LOT 0209
PER 08 25
PPV 54,10 DH

Profenid 100

198.00 DH
396.-

No accepted

100 + 7/1/1/1

Dr. Mohammed ZIDOUH
Chirurgien Traumatologue Orthopédiste
32, Avenue Ibn Khaldoun - Rabat
Tél.: 0537 77 67 67 - Fax: 0537 77 11 24
INP: 051141760

Pharmacie Benjelloun
Dr. BENJELLOUN SONIA
Tél.: 05 37 68 64
Fax: 05 37 68 64



32, Avenue Ibn Khaldoun - Rabat - Tél.: 05 37 77 67 67 - Fax: 05 37 77 11 24 - E-mail: cik@menara.ma
32, شارع ابن خلدون - الرباط - الهاتف: 05 37 77 67 67 - الفاكس: 05 37 77 11 24 - البريد الإلكتروني: cik@menara.ma



Urgences et réanimation 24h/24h 7j/7j

Rabat le 18/06/2023 الرباط في 18/06/2023

Dr. A. l'Yell Ce
(F.P.)

CLINIQUE IBN KHALDOUN
32, Avenue Ibn Khaldoun - Rabat
Tél: 05 37 77 67 67 - Fax: 05 37 77 17 24
E-mail: cik@menara.ma
Dr. Mohammed ZIDOUH
Chirurgien Traumatologue Orthopédiste
Tél: 05 37 77 67 67 - Fax: 05 37 77 17 24
INP: 05141760



Urgences et réanimation 24h/24h 7j/7j

Rabat, le 18/06/2024 : الرباط في 18/06/2024

M. ISMAÏL YAHYA

[Handwritten signature and notes, including 'Rab' and '18/06']

CLINIQUE IBN KHALDOUN
32, Avenue Ibn Khaldoun - Rabat

Dr. Mohamed Z. Ouh
Spécialiste Traumatologie et Orthopédie
32, Avenue Ibn Khaldoun - Rabat
Tél: 05 37 77 67 67 - Fax: 05 37 77 17 24
INP: 051141760





Urgences et réanimation 24h/24h 7j/7j

Rabat, le 18/06/2023 الرباط في

COMPTE RENDU

Patient de 23 ans, sans antécédents récents particuliers, consulte pour douleur de l'épaule gauche avec notion de luxation réduite la veille et persistance de la douleur avec sensation d'instabilité.

Examen de l'épaule sans anomalies notables en dehors d'une limitation de la rotation externe. Radiographies de l'épaule face et profil normales. Patient mis sous antalgiques avec écharpe.

DR. MOHAMMED IBN KHALDOUN
Chirurgien Traumatologue
32, Avenue Ibn Khaldoun - Rabat
Tél. : 05 37 77 17 24 - Fax : 05 37 77 17 24
05 37 77 67 67

CLINIQUE IBN KHALDOUN

MEDICO - CHIRURGICALE
32.AVENUE IBN KHALDOUN
TEL:037776767/FAX:037771724/Email:cik@menara.ma

F A C T U R E

N° : 1319 / 2023 du 18/06/2023

Nom patient **YAHIA ISMAIL**
PAYANT

Entrée 18/06/2023

Sortie 18/06/2023

Désignation des prestations

Nombre

Lettre Clé

Prix Unitaire

Montant

DR. ZIDOUH MOHAMMED (medecin)

1,00 V2

300,00

300,00

Sous-Total

300,00

RADIOLOGIE (radiologie)

2,00

300,00

600,00

Sous-Total

600,00

Total Autres prestations

900,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF CENTS DIRHAMS

Total

900,00

CLINIQUE IBN KHALDOUN
32 Avenue Ibn Khaldoun - Rabat
Tel: 037 77 67 67 - Fax: 037 77 17 24