

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1688 Société : RAM

Actif Pensionné[e] Autre :

Nom & Prénom : HARIBE AHMED

Date de naissance : 10 - 03 - 1950

Adresse :

Tél. : 06 62 37 21 17 Total des frais engagés : 11.88.85 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : AHMED HARIBE Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Grippe A l'Asthma

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 : Casab Le : 15 / 04 / 2024

Signature de l'adhérent[e] : [Signature]

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
23/02			8181,45	
2024	Voir facture	12		2102112024

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LUXEMBOURG Lamia MANDRE 24, Lot. Yasmina les Crêtes Esch-sur-Alzette - Tél.: 0522 85 55 56/2	23/02/2024	370,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

23.02.2014

Mr. Ahmed HARIBE

24.60

1) A 2ix 100) M03j



42.20

4) Ventoline Syr
2Bx2 jy



40.00

3) Prechlo au cétamol
M03j



76.70

3) Sp le mot. M03j

4) en sol 20g



38.00

1) rifil a mot.



99.00

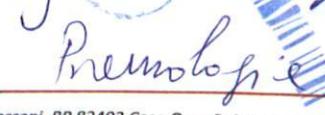
5) erbas Syr
1 p le f.



6) Dexamize Sp M03j



10) Con. Mot. Pneumologie



Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabhi Casablanca
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

370.40

PPV: 74 DH 50
PER: 12/26
LOT: M4158

Lot
EXP
PPV

464X-A
06 2025
42,20 DH

UT. AV:

PPV (DH):

40,00

PPV : 76DH70

PPV
LOT
PER

38,00

Magné
Magnés MBA 9 0426 10 mg
LOT PER
Pri 99.00



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

2400836300 / 151114205743ME
Prénom : AHMED
Nom : HARIBE
DDN : 10/03/1950 E: 23/02/2024
Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: M

N'bulisatay

Hôpital Chevallier
Télé: 05 29 03 29 29
Fax: 05 29 03 29 29
E-mail: chevalier@wanadoo.fr
Au contact 00 53 45 77
www.hopital-chevallier.com

Unees bin Khalifa ibn Zaid
Mohammed Amine

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **31 021 / 2024** du **23/02/2024**

Nom patient : **HARIBE AHMED**

Entrée **23/02/2024**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **23/02/2024**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
NEBULISATION AVEC OXYGENE	1,00		300,00	300,00
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
RADIOGRAPHIE DU THORAX DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	780,00
PHARMACIE (en sus)	1,00		38,45	38,45
			Sous-Total	38,45
Total Frais Clinique				818,45

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> HUIT CENT DIX-HUIT DIRHAMS QUARANTE-CINQ CENTIMES	Total	818,45

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	818,45				818,45	0,00



CASABLANCA, le 23/02/2024

PATIENT : HARIBE AHMED

IPP : 151114205743ME

DATE NAISSANCE : 10/03/1950

NUMERO DOSSIER : 2400836300

RX Poumon F

Absence de foyer parenchymateux évolutif.

Discrète accentuation de la trame broncho vasculaire en péri-hilaire.

Culs de sac pleuraux libres.

Silhouette cardio médiastinale non élargie.

En vous remerciant de votre confiance
Signé : Dr. QECHCHAR- Dr BENFAIDA

Dr. QECHCHAR ZOUHAIR
Médecin Radiologue
Radiologie Diagnostique et Interventionnelle

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,

BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fckm.ma

DECOMPTE PHARMACIE

2400836300

Nom patient :HARIBE AHMED

Date sortie : 23/02/2024

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ATROVENT ADULTE 0,5mg Solutio (10)	2	4,30	8,60
OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (50)	1	23,72	23,72
VENTOLINE NEB 50mg/10ml Solutio (03)	1	6,13	6,13
VENTOLINE NEB 50mg/10ml Solutio (03)	0	18,40	0,00
Sous-Total médicaments			38,45
		Total pharmacie	38,45





Coller Etiquette De BAF

N°.....



Ca: 2400836300 / 151114205743ME
Prénom: AHMED
Nom: HARIBE
DDN: 10/03/1950 E: 23/02/2024
Service :URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: M

BILAN

RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : M F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

AKS, BPLo?
dyspnée suffisante

• RADIO STANDARD : *thorax*

FACE

PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

Avec injection

Sans injection

Créat :

BHCG : Positive

négative

• IRM :

Pacemaker Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

