

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

- 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

| | | | |
|---|---|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 12524 | Société : RAM | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | YOUSSEF |
| Nom & Prénom : KHAR KHAR YOUSSEF | | | |
| Date de naissance : 10/06/86 | | | |
| Adresse : Ca Sa | | | |
| Télé. : 0662040940 | Total des frais engagés : 177799 Dhs | | |

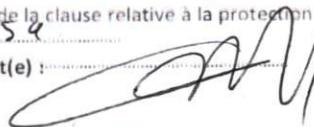
| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : 20/10/20 | |
| Nom et prénom du malade : YOUSSEF Age : 33 | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : HTG | |
| 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 : **Ca Sa**

Le : **11/10/20**

Signature de l'adhérent(e) :



| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | | |
|--------------------------------|-------------|--------------------------|------------------------------------|--|-------------------------------|
| Dates des Actes | Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du médecin attestant la Réalisation des actes | Signature de l'Administrateur |
| 1er.01.2012 | 1035 Act 55 | | 300,00 | Hôpital Ibn Khalifa - RABII Prof. Khalifa Ibn Zaid Urologie - Transplantation rénale | RABII |
| FAX : 05 29 80 457 | | | | | |
| E-mail : contact@fckm.hck.ma | | | | | |
| MINF 000051852 | | | | | |
| 22/01/2012 Khalifa Ibn Zaid | 6549 | | CT | | |
| Hôpital Ibn Khalifa - RABII | | | | | |

| | | | |
|--|--|------------|--|
| Cachet du Pharmacien ou du Pharmacien titulaire | | Date | Précision |
| Pharmacie les Pyramides Dr. Elmoustapha GHANDAF 6, Bd Abderrahim Bouabid Tel: 0522 99 26 12 - Casablanca INPE: 092049451 - ICE: 002872066000035 | | 22/01/2020 | Pharmacie les Pyramides Dr. Elmoustapha GHANDAF 6, Bis Bd Abderrahim Bouabid Tel: 0522 99 26 12 - Casablanca INPE: 092049451 - ICE: 002872066000035 |
| | | | 477,90 |

| ANALYSES RADIOGRAPHIQUES | | | |
|---|---------------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Designation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| Hôpital Général de Casablanca | 23.01.20 U.IV | | 1000 Dhs |

| 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OCOF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 | Nature des Soins 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 | Coefficient 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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. PROTHÉSES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td>2149.1552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td>1149.1553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>18530412</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>10000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>18530411</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse | | | H | | 2149.1552 | D | | 00000000 | B | | 00000000 | G | | 1149.1553 | | | 18530412 | | | 10000000 | | | 18530411 |
| H | | 2149.1552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | 1149.1553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 18530412 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 10000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 18530411 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

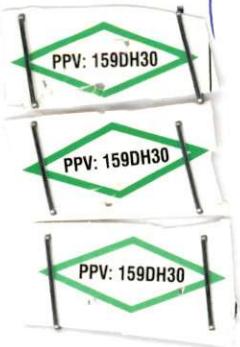
وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

del 10/10/2010
M¹ KHALIFAH YOUSSEF

159,30 x 3 = 477,90

Flistol



Pharmacie les Pyramides
Dr. Elmoustapha GHANDAF
6, Bd. Abderrahim Bouabid
Tel: 0522 99 26 52 - Casablanca
INPE: 092049451 - ICE: 0020720600035

Pharmacie les Pyramides
Dr. Elmoustapha GR
6, Bd. Abderrahim Bouabid
Tel: 0522 99 16 52 - Casablanca
INPE: 092049451 - ICE: 0020720600035

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Prof. Abdellah RABII
Urologie - l'implantation rénale

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

22/11/2012

YOUSSEF
Dellkheur
Dyoma
→ UZU uvr
de de.
MT sol km
M'p'km

Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid
Prof. Redouane RABII
Urologie - Transplantation rénale
Tél. : 00212 529 004 466
Fax : 00212 529 006 868 • www.hck.ma
INN : 001037765

Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid
Prof. Redouane RABII
Urologie - Transplantation rénale



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 8806 / 2020 du 20/01/2020

| | | | |
|-------------|-------------------------|--------|------------|
| Nom patient | KHALKHAL YOUSSEF | Entrée | 20/01/2020 |
| | PAYANTS | Sortie | 20/01/2020 |

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| - Consultation d'urologie | 1,00 | | 300,00 | 300,00 |
| Total Clinique | | | | 300,00 |

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
N°INPI 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 9 301 / 2020 du 21/01/2020

Nom patient : KHALKHAL YOUSSEF

Entrée 21/01/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 21/01/2020

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------------|--------|------------|------------------------|----------------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| - Urographie intra-veineuse (UIV) | 1,00 | | 1 000,00 Sous-Total | 1 000,00 1 000,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 1 000,00 |

| | | |
|---|--------------|-----------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | Total | 1 000,00 |
| MILLE DIRHAMS | | |
| | | |

| Encaissements | Carte Bq | Total encaissé | Solde |
|---------------|----------|----------------|-------|
| | 1 000,00 | 1 000,00 | 0,00 |

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
tél : (+212) 0529 00 44 66
E-mail : www.hck-tkm.ma

Casablanca , le 21/01/2020

PATIENT : **KHALKHAL YOUSSEF**

UROGRAPHIE INTRAVEINEUSE

ABDOMEN SANS PREPARATION :

- Absence d'opacité calcique se projetant sur l'arbre urinaire.
- Absence de lésion osseuse radiologiquement décelable.

APRES INJECTION INTRAVEINEUSE DE PRODUIT DE CONTRASTE :

Haut appareil :

1/ A droite :

- Rein de taille normale de contours réguliers, secrétant et excrétant dans les délais physiologiques.
- Pyélocalicogramme normal.
- Uretère fin, libre et perméable.

2/ A gauche :

- Rein de taille normale de contours réguliers, secrétant et excrétant dans les délais physiologiques.
- Pyélocalicogramme normal,
- Uretère fin, libre et perméable.

Bas appareil :

- Vessie de bonne capacité, de contours réguliers.
- Mictionnel normal.
- Absence de résidu post mictionnel.

CONCLUSION :

UIV sans anomalie

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr. MAHI**

Code INPE: 011051430