

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-475222

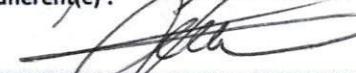
MS2 31/34

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6235	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : Jakir. Mohamed			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : 859,33 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 10/08/2020			
Nom et prénom du malade : Mr Jakir. Mohamed Age : 30			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HBL			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute			
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 : **08/08/2020** cas 9, Le : **08/08/2020**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/05/2022 10:33 53 45 Fam Email : kontact@ichm.ma Tél : +216 98 1852	11/05/2022 10:33 53 45 Fam Email : kontact@ichm.ma Tél : +216 98 1852	1 1	300,00	INF : 091037101 Hôpital Cheikh Khémaïdien zaïd Prof. Redouane RABIL Urologie - Implantation rénale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE M. G. D. A. 213, P.D.U. Bilancie	09/07/2013	18932

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/05/14	2 coefficients	640.0,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX []
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	MONTANTS DES SOINS []
	G	00000000 35533411	00000000 11433553	DATE DU DEVIS []
	B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DE L'EXECUTION []

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 08/05/2008

M[°] JAKIR MOHAMED

Hôpital Cheikh Khalifa
Prise en charge ZAÏD
Urologie
Traitement de l'insuffisance rénale

150DH30 Flotrol
65gr
19 pd / 1MD,
PPV: 159DH30

PHARMACIE EL ELOTE
BP 82403 CASA OUM RABII
Casablanca - Maroc
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

08/05/2020

M^r JAKI Rame RABII
Hôpital Cheikh Khalifa
Professeur Hassan Zaid
Urologue et transplantation rénale
Dr HAMEG
INP: 601037725

HBP avec échec
au traitement
médical

→ Echographie
vésico-prostataque

Hôpital Cheikh Khalifa
Professeur Hassan Zaid
Urologue et transplantation rénale
Dr HAMEG
INP: 601037725

CASABLANCA

Reçu de caisse

Méd'HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2005081156324840 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000207174	JAKIR MOHAMED	08/05/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	6483	400,00
PAYANT	Total payé	400,00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : RAD.WAH



CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2005081059304840 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000207136	JAKIR MOHAMED	08/05/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	6482	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : RADWAH

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: +212 03 53 45
Fax : +212 03 53 45
E-mail : contact@fckm.hck.ma
N°INP : 090061862

Casablanca le, 08/05/2020

Patient : **Mr JAKIR MOHAMED**
Médecin traitant : **Pr RABII REDOUANE**
Examen réalisé : **Echographie vésico-prostatique**

Renseignement clinique : HBP avec échec au traitement médical

Résultat :

- Vessie souple de capacité réduite et paroi épaisse
- Absence d'image de lithiase échographique
- Absence d'anomalie endoluminale
- Prostate homogène de 50g avec lobe médian IPP grade II
- RPM : 50mL

Au total :

- Hypertrophie prostatique homogène de 50g avec lobe médian IPP grade II et RPM : 50mL

Signé :

Pr Redouane RABII



