

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 : 1487 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MACHIGHOUL SMAIL

Date de naissance : 30.06.19

Adresse : Ct. EL ABBAS N° 126 Sidi marrout Casablanca

Tél. : 06.06.82.06.71 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16.10.2023

Nom et prénom du malade : Age : 01.01.1959

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Goutte

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

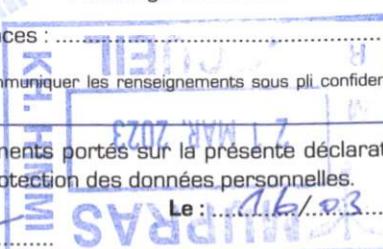
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Centre Allal Ben Abdellah Le : 16/10/2023

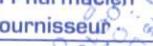
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
16/03/05	Opérations	120477	€ 300,00	Capital Unitaire Internationale PIGASU Foundation Urologie Reimplantation-Rénales 001027

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/03/2013	140.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/03/13	✓	201.-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

16/03/2023

Mme SABBAR Khoudija

170.00

DFIKEN

LOT 230443
EXP 01 25
PPV 170.00 DH



17 - Y

INP 00167620000031
NRP 092043702
MNR 00167620000031
TSE 16/03/2023
HMR 16/03/2023
CAG 16/03/2023
BRLAU 16/03/2023
PROGRAM

1d/7,

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Urologie Transplantation-Renale
091037705

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

16/10/31 de 23

Mme SABBAR R Haddija

ECSUT 170

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. RABI Redouane
Urologie-Transplantation-Renale
061037745

CNSS : 001004-001004-BC : 410238
LF : 4060682-11P : 34159865
Tel : +212 529 004 466
Fax : +212 529 038 868
CASA OUM RABII
OUM MAROC
209



LABORATOIRE SIDI MAAROUF

مختبر التحاليل الطبية سidi معرف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SIDI MAAROUF

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Dr. Ghizlane HADDIOUI
Médecin Biologiste

Casablanca, le 17/03/2023

Code Patient : 23-01328

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 160323-075 Pvt du: 16/03/2023 12:53

Nom : Mme SABBAR Khadija

Demandé par Dr : RABII REDOUANE



Page : 1/1

ANALYSES BACTERIOLOGIQUES

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Type du Prélèvement : Urines 2ème jet
Aspect des urines : Trouble hématifique

EXAMEN CHIMIQUE

SANG : Positive +
Albumine : Positive +
PH : 6

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes : 2000 /ml (Inférieur à 10000)
Hématies : 42000 /ml (Inférieur à 10000)
CELLULES EPITHELIALES : Rares
Cristaux : Absence
Cylindres : Absence
LEVURES : Absence

Examen direct après coloration de GRAM

Bacilles gram négatif : Absence
Cocci gram positif : Absence

CULTURES

CULTURE : STERILE

Laboratoire d'Analyses Médicales
Sidi Maarouf

Facture

Casablanca, le 16/03/2023

Dossier N°: 160323-075 du: 16/03/2023

Médecin Dr: RABII REDOUANE

Patient :Mme SABBAR Khadija

Analyse	Valeur en B	Montant
ECBU+/-ATB	150	201,00

Montant de prélèvement : 0,00

Total en dirhams à payer: 201,00

Ref: 446306866 - TIP: 36159885
Tel: 0522 335 209
J20HATCET
Marrakech

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

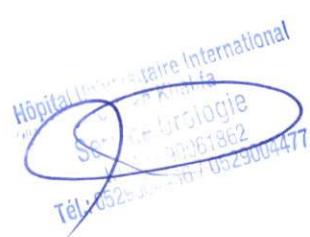
F A C T U R E

N° : 39708 / 2023 du 16/03/2023

Nom patient	SABBAR KHADIJA	Entrée	16/03/2023
	PAYANTS	Sortie	16/03/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION D'UROLOGIE	1,00		300,00	300,00
<i>Sous-Total</i>				300,00
Total Clinique				300,00

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



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 230316115252RA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300656438	SABBAR KHADIJA	16/03/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1998	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : RAD.WAH

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Service Gynécologie
MPE : 0529002266 0529004477
Tél.: 0529002266 0529004477

Scallop shell