

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-809591

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12462 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : GENANE ICHRAK
 Date de naissance : 23/10/1985
 Adresse : 20, bd de la mer
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ANIQ FILALI RHC
 Médecin Spécialiste
 Médecine Interne
 Hospital Universitaire
 International Cheikh Khalife
 INPE : 000061862

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/07/2023
 Nom et prénom du malade : GENANE ICHRAK
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 :
 Signature de l'adhérent(e) :

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
26/09/2013	soin	1	1857,18	INP : 090061862
		N° 108984		

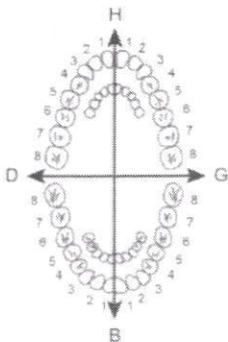
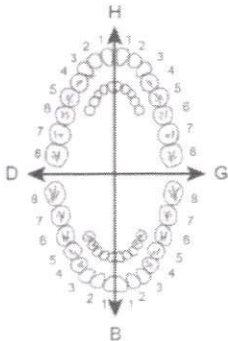
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ 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 : <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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



COMPTE RENDU

Je soussigné certifie Mr /Mme



2300721472 / H0121016267

Prénom : ICHRAK

Nom : GENANE

DDN : 23/07/1985 E: 26/07/2023

Service : HDJ MEDECINE 1 (NA)

PAYANT
Sexe: F

Est suivi a l'hôpital universitaire international Cheikh Khalifa

de Casablanca dans le cadre de la prise en charge d'une
audience pépénie. Refusée Perinjeet sonna
bien. de l'été a jour.

Je reste à votre disposition pour toute information

Supplémentaire.

SIGNATURE:

Dr. ANIQ FILALI Rita
Médecin Spécialiste
Hospital Universitaire
International Cheikh Khalifa
INPE : 000031862

Dr. ANIQ FILALI Rita
Médecin Spécialiste
Hospital Universitaire
International Cheikh Khalifa
INPE : 000031862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 103 984 / 2023 du 26/07/2023

Nom patient : **GENANE ICHRAK**

Entrée 26/07/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 26/07/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PERFUSION	1,00		700,00	700,00
			Sous-Total	700,00
PHARMACIE (en sus)	1,00		1 157,18	1 157,18
			Sous-Total	1 157,18
Total Frais Clinique				1 857,18

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
MILLE HUIT CENT CINQUANTE-SEPT DIRHAMS DIX-HUIT CENTIMES	Total 1 857,18

Encaissements		Chèque			Total encaissé	Solde
		1 857,18			1 857,18	0,00

Ref Chq : 2234083589/CDM/ Ref Chq : 2234083591/cdm/ Ref Chq : 2234083591/cdm/

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél.: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 03 53 45
 E-mail: contact@hchik.ma
 INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2307261640566580 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300721472	GENANE ICHRAK	26/07/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	2234083591/cdm Lui-même	1 857,18
PAYANT	Total payé	1 857,18
MILLE HUIT CENT CINQUAN		

Reçu établi par : NEZ.BEN

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@im.hck.ma
N° IMP : 05661862



ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : GENANE ICHRAK	N° Facture 103 984	2300721472
------------------------------------	---------------------------	-------------------

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
CHLORURE DE SO 0,9%Po250 Injecta (01)	1	13,10	13,10
FERINJECT INJCETABLE INJECTA (01)	1	1 102,00	1 102,00
METHYLPREDNISOLONE 40 mg INJECTA (20)	2	14,00	28,00
PARACETAMOL NORMON 1G INJECTA (50)	1	14,08	14,08
Sous-Total médicaments			1 157,18
Total pharmacie			1 157,18

Hopital Général Ntalla Ichi 4a/c
 Tél.: 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@hopitalntalla.ig.ck
 N°NP 030061862