

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W21-807325

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13302	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Loubari Hiba		Date de naissance : 28/07/93	
Adresse : Casablanca		Tél. : 06 33 73 88 51 Total des frais engagés : 610 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 18/09/23	Age:
Nom et prénom du malade : Hiba	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : II	
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 : Casablanca Le : 18/09/23	
Signature de l'adhérent(e) :	

ACCÈS **2023** **SAFLE** **M**

ACCÈS **2023** **SAFLE** **M**

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
18/06/22	Consultation de la femme enceinte et de l'enfant Zaid Tel.: 05 29 03 53 45 Fax : 05 29 00 44 77 E-mail : contact@clinick.men	1500	600,75	INP : Bouziyane Amel Gynécologie Obstétrique

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

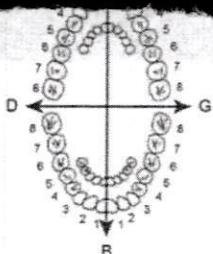
ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

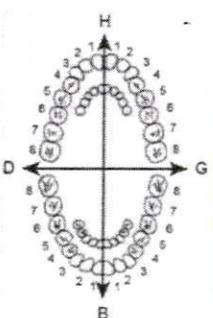
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
25533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

185-201

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

**MONTANTS
DES SOINS**

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Echographie Obstétricale du 1^{er} Trimestre

NOM & PRENOM : Hiba

Date : 12/06/2023

Opérateur :

2300703493 / H0121035713
 Prénom : Hiba
 Nom : LOUBANI
 DDN : 29/07/1993 E: 18/06/2023
 Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

Examen réalisé par : Médecin gynécologue

Indication : Bilan échographique du 1er trimestre

Utérus gravide, de contours réguliers, d'échostructure homogène.

Nombre d'embryon : Un

Vitalité : Bonne mobile, présentant une activité cardiaque régulière.

LCC = mm ce qui correspond à SA+ j
 SG = mm ce qui correspond à SA+ j

Présence d'un sac gestationnel sans embryon.

Annexes : La quantité de liquide est en quantité normale.

Le trophoblaste est homogène.

Conclusion : Grossesse intra-utérine de j, sans particularité.

Non échotire.

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

18/06/2023
14:00

Patient : LOUBANI HIBA		Numéro dossier : 2300703493			
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
18/06/2023	SPECULUM MOYEN	1541050	1,00	5,85	5,85
18/06/2023	NO SPA 40mg Injecta (05)(1)	1541050	1,00	4,00	4,00
18/06/2023	SERINGUE 10ML	1541050	1,00	0,94	0,94
				Total pharmacie	10,79

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel.: 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 04 77
 E-mail : contact@hckb.dz
 N° ICP : 0500110362

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **85 971 / 2023** du **18/06/2023**

Nom patient : **LOUBANI HIBA**

Entrée **18/06/2023**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **18/06/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE AVEC ECHOGRAPHIE	1,00		600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
PHARMACIE	1,00		10,79	10,79
			Sous-Total	10,79
Total Frais Clinique				610,79

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENT DIX DIRHAMS SOIXANTE-DIX-NEUF CENTIMES

Total **610,79**

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	610,79				610,79	0,00





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 18/06/2023

Quittance - Paiement espèces 0779795

IPP :

N° D'admission : 2300703493 Montant : 610,79

Patient : Loubarbi HIBA

Payé par : hi mene

Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa Ben Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
N°INP 090351862