

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° W21-814145

173844

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12977

Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAJJI HASNA

Date de naissance : 14 08 1989

Adresse : RUE 78 N° 86 OULFA

Tél. : 0678732944

Total des frais engagés : 861,86

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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 : CASA

Le : 16/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
16/09	Voir Bonne		547,16	INP : Dr. Sabine KAMMAL Chef de Service Urgences Hôpital Universitaire de Marseille

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/8/23	31470

[illegible]

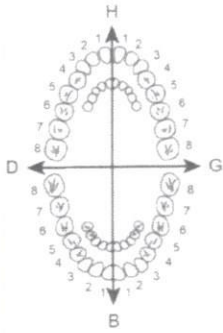
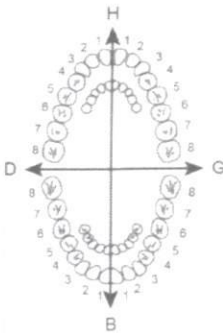
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

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

Lot: مجموعة
 Fab: صنع
 7031 09/22 09/25
 BIOCODEX MAROC PPV 67.00 DH

المستشفى الجامعي
 الدولي الشيخ خليفة

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le



2300731556 / 170728071951SM
 Prénom: Hasna
 Nom: HAJJI
 DDN: 14/08/1989 E: 16/08/2023
 Service: URGENCES (NA)

PAYANT
 Sexe: F

METROZAL®
 Metronidazole 500mg
 10 Comprimés
 PPV: 32.50 DH
 6 118000 190967

Spectrum® 500mg
 Ciprofloxacin 10 Comprimés
 6 118000 081456

7480
 1° **Spectrum 500 mg**
 1 cp x 2 / 24
 7480

3250
 2° **Metrozal 500 mg Cp.**
 1 cp x 3 / 24 pdt 05 jours.

5830
 3° **MEGACRON 160 mg Cp.**
 1 cp x 3 / 24 Avant
 le coucher

8210
 4° **ESAC 20 mg Cp.**
 1 cp / 24 le matin à jeun

6400
 5° **Cholestase sachet**
 1 sachet x 2 / 24

31470

LOT : 4323
 PER : 05 - 25
 P.P.V : 58 DH 30

8210
ESAC® 20 mg
 esomeprazole
 14 comprimés
 PROMOPHARM S.A.
 6 118000 241881

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 113 743 / 2023 du 16/08/2023

Nom patient : **HAJJI HASNA**

Entrée 16/08/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 16/08/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
PHARMACIE	1,00		247,16	247,16
			Sous-Total	247,16
Total Frais Clinique				547,16

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	547,16
CINQ CENT QUARANTE-SEPT DIRHAMS SEIZE CENTIMES			

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	547,16				547,16	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 N° 113 743 / 2023 du 16/08/2023
 Email : contact@hckm.ma
 Tel : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 22 89 28 54

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

16/08/2023

04:57

Nom Patient : HAJJI HASNA

Numéro dossier : 2300731556

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
16/08/2023	INTRANULE G 20	1581314	1,00	1,61	1,61
16/08/2023	SERINGUE 10ML	1581314	2,00	0,94	1,88
16/08/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1581314	1,00	1,44	1,44
16/08/2023	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1581314	1,00	0,26	0,26
16/08/2023	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1581314	1,00	5,87	5,87
16/08/2023	PARACETAMOL NORMON 1G INJECTA (50)(1)	1581314	1,00	14,08	14,08
16/08/2023	CLOPRAME 10mg Injecta (10)(1)	1581314	1,00	1,39	1,39
16/08/2023	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	1581314	1,00	29,90	29,90
16/08/2023	SPASFON 40mg Injecta (06)(1)	1581314	1,00	4,35	4,35
16/08/2023	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1581314	1,00	13,10	13,10
16/08/2023	METRIS 5MG INJECTA (01)	1581314	1,00	28,00	28,00
16/08/2023	AMIFLOX 200 MG Solutio (01)	1581314	1,00	89,10	89,10
16/08/2023	ONDANSETRON NORMON 8 MG/4ML INJECTA (1)	1581340	1,00	46,24	46,24
16/08/2023	SERINGUE 10ML	1581340	1,00	0,94	0,94
16/08/2023	CHLORURE DE SO 0,9%Po250 Injecta (01)	1581340	1,00	9,00	9,00
Total pharmacie					247,16

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel : 09 29 03 53 45
 Fax : 09 29 03 44 77
 e-mail : contact@hdkm-hdkm.ma
 29 03 44 77