

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

- Réclamation : 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-616932

203786

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7697

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

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 :

Le :

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
			300,00	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS []																					
			DATE DU DEVIS []																					
		DATE DE L'EXECUTION []																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

A view to 18.4.

on to 29.4.2024.



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

15.4.2024

FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Pr BEHCHEK ROUÏ SAÏD
Directeur de Spécialité - Hematologie
09 101 35 08

N° Houni Nora

Echographie Abdo
cœur pelvien

• Splénomégalie ?
non valable

• lithase vésiculaire ?

• HTA ?

FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Pr BEHCHEK ROUÏ SAÏD
Directeur de Spécialité - Hematologie
09 101 35 08

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 57 674 / 2024 du 15/04/2024

Nom patient : HOUMI NORA

Entrée 15/04/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 15/04/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total Frais Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
QUATRE CENTS DIRHAMS	Total 400,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	400,00				400,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66
E-mail : radiologie@hki.ma

CASABLANCA, le 15/04/2024

PATIENT : HOUMI NORA

IPP : H0124008359

DATE NAISSANCE : 14/08/1970

NUMERO DOSSIER : 2400862997

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

TECHNIQUE :

- Examen réalisé au niveau de l'abdomen à l'aide d'une sonde de 3,5 Mhz.

RESULTATS :

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène, sans anomalie focale échographiquement décelable.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques.
- Vésicule biliaire à paroi fine siège de microlithiases.
- Rate et pancréas de taille et d'échostructure normales.
- Reins de taille normale, de contours réguliers avec une bonne différenciation cortico-sinusale sans dilatation des cavités pyélocalicielles.
- Microcalithiases calicielles droites non obstructives.
- Absence d'épanchement ou d'adénomégalie profonde

CONCLUSION :

Echographie abdomino-pelvienne en faveur d'une vésicule biliaire micro lithiasique.

Microcalithiases calicielles droites non obstructives.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr AYOUCHE**


Radiologie
Dr OTHMAN AYOUCHE
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 15/04/2024

Quittance - Paiement espèces 874027

IPP :

N° D'admission : 24.00862992 Montant : 4000R

Patient : HOUA KHALIFA IBN ZAID - NOBA

Payé par :



Cachet

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 15/04/2024

Numéro : 57 570



090061862

Nom patient : HOUMI NORA

Médecin : PR. BENCHEKROUN SAID
Hématologie

2400862888

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'HEMATOLOGIE	300,00

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 15/04/2024

Quittance - Paiement espèces

874175

IPP :

N° D'admission : 212082888 Montant : 300000

Patient : Henni Noro

Payé par : 3067 reins

Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 15/04/2024

Quittance - Paiement espèces 874175

IPP :

N° D'admission : 240082888 Montant : 300 DH

Patient : Henni Nore

Payé par : 3067 ems

Cachet

