

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

Déclaration de Maladie

N° W19-571982

LA 008



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

01651

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AMINE Abderrahmane

Date de naissance :

24.10.1949

Adresse :

122 lot EL FATH 5 Sidi MAAROUF
CARA

Tél. :

Total des frais engagés :

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 :

10 NOV. 2020

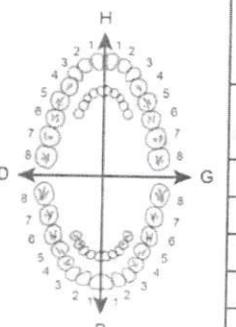
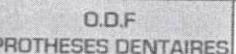
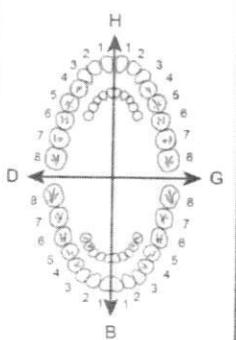
Signature de l'adhérent(e) :

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Capital Universitaire de Radiologie P. ASSAF Radiologue</i>	03/11/2006	Scanner Thoracique	15000 DT

VOLET ADHERENT

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

1000

DATE DU
DEVIS

DATE DE
EXECUTION

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

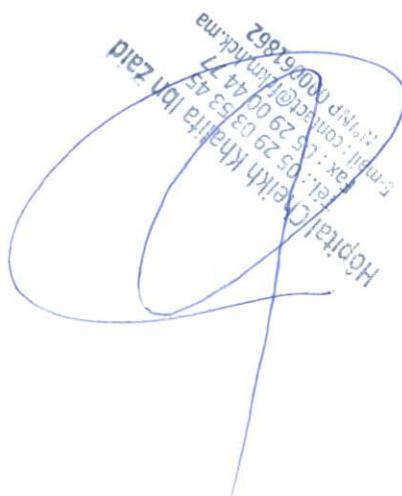
F A C T U R E

N° : 102846 / 2020 du 19/10/2020

Nom patient	AMINE ABDERRAHMANE	Entrée	19/10/2020
	PAYANTS	Sortie	19/10/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation de pneumologie	1,00		300,00	300,00
Total Clinique				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00



A handwritten signature in blue ink, which appears to be a stylized version of the hospital's name "Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid". The signature is enclosed in a large, roughly circular outline.

وصفة طبية
Ordonnance 19/10/2020

Casablanca, le :

Amme ARDERRAMME

TD Malaria

Zilan d Control d lesion
pulmonaire pseudo. Covid 19
(PCMV) traité par APO

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn
Pr. HEPRAF Mohammed
Pneumologie - Allergologie

Casablanca , le 03/11/2020

PATIENT : AMINE ABDERRAHMANE

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE : Examen réalisé par un scanner multi barrettes type GE en acquisition spiralé, sans injection de produit de contraste, avec reconstruction dans les différents plans de l'espace.

RESULTATS :

→ L'analyse en fenêtres parenchymateuses objective :

- micronodules du lobe supérieur gauche
- foyers en verre dépoli en bandes linéaires périphériques sous pleuraux bilatéraux des lobes supérieurs et inférieurs étendus environ 10%
- Absence d'épaississement ou de dilatation des bronches.
- bandes d'atélectasies des bases d'allure séquellaires

→ L'analyse en fenêtres médiastinales :

- Absence d'épanchement pleural liquide.
- Absence d'épaississement pleural ou pariétal.
- Absence d'adénopathies médiastinales.

CONCLUSION :

Aspect TDM thoracique en faveur nette régression des foyers de pneumopathie interstitielle pré-éxistants

En vous remerciant de votre confiance
Signé : **Dr BENSLIMA**



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 108 011 / 2020 du 03/11/2020

Nom patient : **AMINE ABDERRAHMANE**

Entrée 03/11/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 03/11/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Scanner thoracique	1,00		1 500,00 Sous-Total	1 500,00 1 500,00
Total Frais Clinique				1 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Total 1 500,00

Encaissements			Carte Bq		Total encassé	Solde
			1 500,00		1 500,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Prise en charge
Tél : 05 29 03 53 45 Fax : 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026
E-mail : www.hck-fckm.ma

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2010191520332750: / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000262765	AMINE ABDERRAHMANE	19/10/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant
CarteB	11029	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ZAH.MOU