

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-464736

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11437 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GUESSOUS ABDELLAH

Date de naissance : 02/04/1978

Adresse : HADJAT OUM RABBI GR3 ENTA N°05 EL OULFA Casablanca

Tél. : 066752615 Total des frais engagés : 2196,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : Casablanca Le : 24/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Service : PEDIATRIE (NA)
DDN : 01/01/2011 E: 22/02/2020
Nom : GUESSOUS
Prénom : Abdellah
2000188019 / H0120007025

Sexe : M
PAYANT

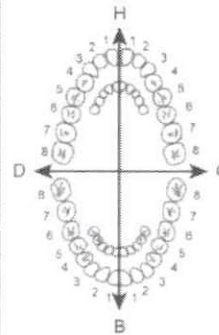
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/02/2020		2577	1947	<div> <div> </div> <div> </div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	23/6/2020	169,12

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

[illegible]

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



		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكون بحث



وصفة



PAYANT
Sexe: M

nance

22.2.

LOT : 3240
PER : 05-21
P.P.V : 121DH50

2000188019 / H0120007025
Prénom : Abdellatif
Nom : GUESSOUS
DDN : 01/01/2011 E: 22/02/2020
Service : PEDIATRIE (NA)

121,50
① A la u 500mg sachet 3x10



LOT: 191298
PER: 09-21
PPV: 28,0 DH

28,00
② Corindon 2/1
169,50



PHARMACIE NASRI
Dr. Rachid NASRI
75bis, Bloc 2 Cité Commercial
Hay Hassani, Casa
Tel: 022 93 28 74

Unité de Soins Pédiatriques
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Hay Hassani, Casa



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



وصفة طبية

Casablanca, le : <



2000188019 / H0120007025

Prénom : Abdellatif

Nom : GUESSOUS

DDN : 01/01/2011 E: 22/02/2020

Service : PEDIATRIE (NA)



PAYANT

Sexe: M

K 30

R. F. EL KHALIFE
Maladies Infectieuses et
Immunologie Clinique Pédiatrique
CHU Ibn Rochd Casa



2000188019 / H0120007025
Prénom : Abdellatif
Nom : GUESSOUS
DDN : 01/01/2011 E: 22/02/2020
Service : PEDIATRIE (NA)


PAYANT
Sexe: M

Casablanca, le :

Glacé de vers
Vendredi (10/02/2020)
Suite à un diagnostic
par sanguinodensité
78 de Hb et
à K 30.

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

22/02/2020

23:49

Nom Patient : GUESSOUS ABDELLATIF

Numéro dossier : 2000188019

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
22/02/2020	LIDOCAINE LAPROPHAN 1%20ml Injecta (01)	828493	1,00	15,70	15,70
22/02/2020	COMPRESSE STERILE TISSE 7.5X7.5 PQT5	828493	2,00	1,77	3,54
22/02/2020	GANT DE CHIR.STERILE EN LATEX	828493	1,00	2,96	2,96
22/02/2020	VICRYL RAPIDE 5/0 ,1/2CT16MM PROMAMEC	828493	1,00	97,50	97,50
22/02/2020	SET DE SUTURE REF470258	828493	1,00	39,00	39,00
22/02/2020	SERINGUE 1ML	828493	1,00	0,78	0,78
22/02/2020	SERINGUE 20ML	828493	1,00	1,25	1,25
22/02/2020	BANDE DE CREPE 5 CM	828518	1,00	3,48	3,48
Total pharmacie					164,21

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 25788 / 2020 du 22/02/2020

Nom patient	GUESSOUS ABDELLATIF	Entrée	22/02/2020
	PAYANTS	Sortie	22/02/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
K30	30,00		45,00	1 350,00
			<i>Sous-Total</i>	1 650,00
PHARMACIE	1,00		164,21	164,21
			<i>Sous-Total</i>	164,21
Total Clinique				1 814,21

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	Total	1 814,21
MILLE HUIT CENT QUATORZE DIRHAMS VINGT ET UN CENTIMES		

Cause et Circonstance de l'accident

Prière noter que mon fils Abdellatif est tombé à la maison le samedi 22/02/2020, ~~à~~ vers 21h00, lui causant une blessure au niveau de sa tête.

je l'ai ramené à l'hôpital cheikh Khalifa pour faire des points de suture.

GUESSEUS Abdelkrim

N° 11437

Guesseus



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 22/2/2022

Quittance - Paiement espèces

0463670

IPP :

D'admission : Montant : 164,21

Patient : GUESOUS ABDELATI

Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 22/2/2016

Quittance - Paiement espèces

0463657

IPP :

N° D'admission : Montant : 165000

Patient : GUESSOUS ABDELWAHEB

Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa
Tél.: 05 25 61 33 45
Fax: 05 25 61 44 77
E-mail: contact@hikdoha.qa
N°INP 09/05/2012

Hôpital Cheikh Khalifa
Tél.: 05 25 61 33 45
Fax: 05 25 61 44 77
E-mail: contact@hikdoha.qa
N°INP 09/05/2012