

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19-0027309

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1131 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HSISSI Lahcen

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : Lot 25 Mandarona Sidi Maarouf

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 : Casablanca Le : / /

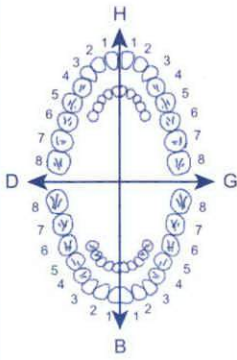
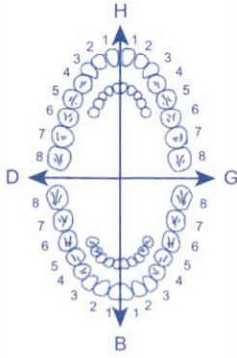
Signature de l'adhérent(e) :

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
29/12/2019	Vente de	1	2433,13	

[illegible][illegible][illegible]

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'																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>D</th> <th>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					Coefficient des Travaux
					Montants des Soins
					Debut d'Execution
					Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>G</div></div><div>B</div></div>				Coefficient des Travaux
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				Montants des Soins
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



Coller Etiquette

1900160775 / 181110084027KH
Prénom : Lahcen
Nom : HSISSI
DDN : 01/01/1949 E: 29/12/2019
Service : URGENCES (NA)
Sexe: M

BILAN
RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

• RADIO STANDARD :

☐ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom :

Casablanca le : / ... /

BILAN BIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

• Hémato/Hémostase :

☐ NFS - Pq

☐ Groupage - Rhésus

☐ RAI

☐ TP - TCK

☐ INR

☐ D-DIMERES

• Bilan Infectieux

☐ CRP

☐ VS

☐ ECBU

☐ Hémoculture

☐ PCT

• Bilan Métabolique

☐ Ionogramme sanguin

☐ Urée - Créatinémie

☐ Glycémie

• Bilan Hépto-pancréatique :

☐ ASAT - ALAT

☐ BC - BN - BT

☐ Gamma GT

☐ PA

☐ LIPASEMIE

• Bilan cardiaque :

☐ Troponines

☐ BNP

Autres :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Signature et caché du médecin
Des urgences

Casablanca, le

COMPTE RENDU

Je soussigné, Certifie avoir examiné

Mr/Mme H. SISSI RAHMAN Le 29/12/2019

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio Thorax
- Echographie
- Scanner
- IRM
- Autres : Nébulisation

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e) REACCA
- Décès

Cachet du Médecin

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 159 478 / 2019 du 29/12/2019

Nom patient : **HSISSI LAHCEN**

Entrée 29/12/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 29/12/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Radiographie du thorax sous une incidence	1,00	B0740	180,00	180,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00		888,00	888,00
NEBULISATION	1,00		400,00	400,00
- Consultation exclusive d'urgence en salle de déchocage	1,00		450,00	450,00
			Sous-Total	1 918,00
PHARMACIE (en sus)	1,00		515,63	515,63
			Sous-Total	515,63
Total Frais Clinique				2 433,63

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE QUATRE CENT TRENTE-TROIS DIRHAMS SOIXANTE-TROIS CENTIMES

Total 2 433,63

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	2 433,63				2 433,63	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 N° INP 090061862
 Tel : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 22 89 28 54
 E-mail : contact@hck.ma
 29/12/2019 14:44:27
 N° 159 478 / 2019

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
29/12/2019	1900160775	LIMS	Créatinine sanguine	1	1,20	36,00
29/12/2019	1900160775	LIMS	Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	1	1,20	120,00
29/12/2019	1900160775	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
29/12/2019	1900160775	LIMS	Procalcitonine	1	1,20	480,00
29/12/2019	1900160775	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
29/12/2019	1900160775	LIMS	Urée	1	1,20	36,00
					Total	888,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@hck.ma
 N°IMP 09061862

Casablanca , le 29/12/2019

PATIENT : **HSISSI LAHCEN**

EXAMEN(S) REALISE(S) :

RX THORACIQUE DE FACE

Opacités alvéolo interstitielles diffuses prédominant au niveau de l'hémichamp thoracique droit.

Surcharge hilare bilatérale évoquant un syndrome bronchique.

Culs-de-sac pleuraux libres.

Silhouette cardio-médiastinale d'aspect normal.

Aspect déroulé de l'arc aortique en rapport avec l'âge.

En vous remerciant de votre confiance

Dr Zerktouni



Dr. ZERKTOUNI Ibtisam
Radiologue

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 1912291720165870 / 1 / 447372

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900160775	HSISSI LAHCEN	29/12/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		1 550,00
PAYANT	Total payé	1 550,00
MILLE CINQ CENT CINQUAN		

Reçu établi par : ABD.AZH



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 29 / 12 / 19

0447375

Quittance - Paiement espèces

IPP :

N° D'admission : Montant : 40900

Patient : HSSI Lahcen

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

Cachet

Admission Facturation



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 29/12/19

Quittance - Paiement espèces

0447372

IPP :

N° D'admission : Montant : 1550,00

Patient : H S I S I lahcen

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Cachet
Admission Facturation