

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1131 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HASSAN Lahcen

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : Lot 25 Manzorona Sidi Mouaref

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) :

RELEVE 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
29/01/2019	Ven Gache	1	2633.63	Dr. Mehdi HABIBI
29/01/2019	CP ARGUS	1	2633.63	Dr. Mehdi HABIBI

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

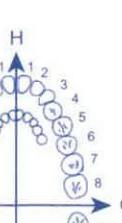
AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE 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 canalaires, 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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(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

قسم المستعجلات

BILAN

RADIOLOGIQUE

Coller Etiquette

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

Age :

Poids : Kg

Sexe : M F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Dyspnée SpO₂ 88%

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facturation

• **RADIO STANDARD :** *Thorax*

FACE

PROFIL

• **ECHOGRAPHIE :**

• **SCANNER** :

Avec injection

Sans injection

Créat :

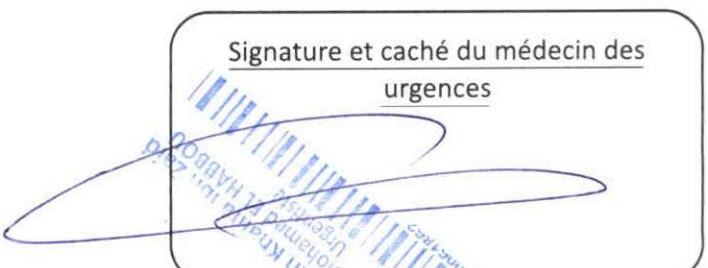
BHCG : Positive

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 Hépato-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 PAHCEN 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 : Hospitalisation

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- (Hospitalisé(e)) RÉA CCU
- 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
PRESTATIONS INTERNES				
- Radiographie du thorax sous une incidence	1,00		180,00	180,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0740	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

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Tél: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026
Email: CONSEIL@CHEIKHKHALIFAINZERDAZI.MA

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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 N°INP 09 06 1862
 E-mail : comptes@hck.mn

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 hilaire 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 Zerkouni



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 CINQUANTE		

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 : 1.000.00

Patient : HSSSI Lahcen

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

Cachet

Admission Facturation

Date : 29/12/19

Quittance - Paiement espèces

447372

IPP :

N° D'admission : Montant : 1550,00

Patient : H.S.I.S.I. labada

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Cachet

Admission Facturation