

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.

N° W21-620828

68757

☒ Maladie. ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ ALC

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12760 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELKABABI Mounim

Date de naissance : 28/06/1984

Adresse : Res. Nbeudaban - OASIS

Tél. : +22794999696 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/04/2021

Nom et prénom du malade : ELKABABI SAAD

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Constipation

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 02/04/21

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

20/06/2021

SAD) EL KABABSI

Fam SVP,

maromène

Rectale

difficulté de

digestion chg

nécessaire de

général

Dr. ILHAM SERRAJ
Hépatogastroentérologue
Explorations Fonctionnelles
Digestives

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 36987 / 2021 du 01/04/2021

Nom patient	EL KABABI SAAD	Entrée	01/04/2021
	PAYANTS	Sortie	01/04/2021

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

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 E-mail: contact@fckm.hck.ma
 N°INP 050061862



Manométrie ano-rectale

Nom patient: EL KABABI, SAAD
Sexe: Masculin
Date de naissance: 06/07/2020
Investigation age: 0
Dossier N°: 1447878

Date d'examen: 06/04/2021
N° d'examen: 01
Hôpital: Hôpital Cheikh Zaid
Docteur: DR SERRAJ
Adressé par: -

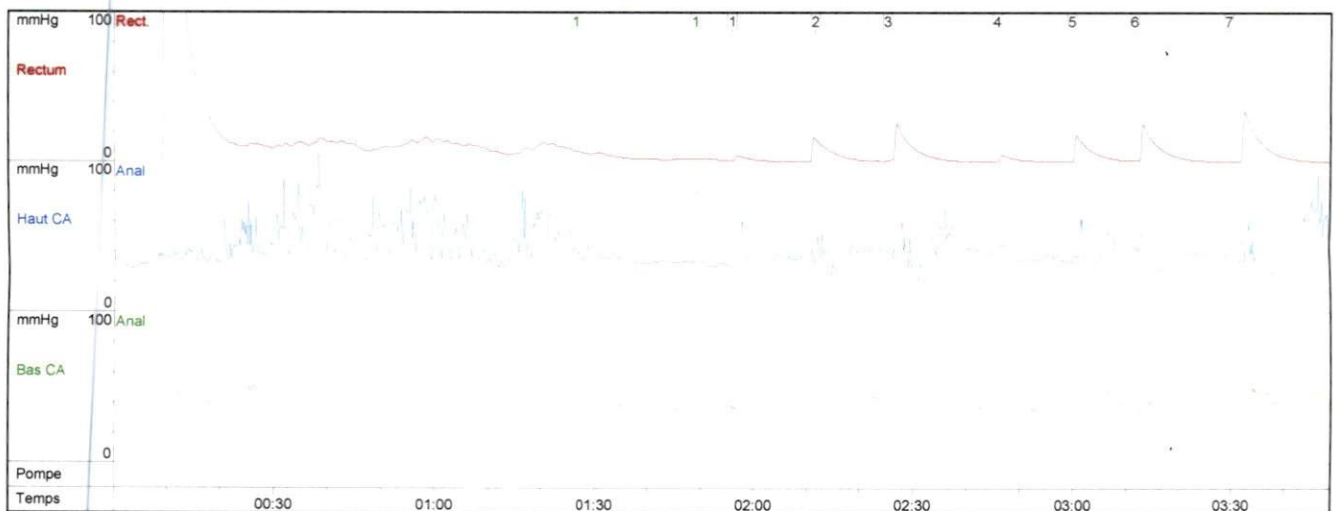
Compte-rendu d'examen

Indication:

Difficultés de l'exonération

Dr. ILHAM SERRAJ
Hépatogastroentérologue
Explorations Fonctionnelles
Digestives

Graphique



Pressions de repos

Pression de repos (mmHg)

Normales = 59-74

#	Haut CA
1	35
Moyenne	35

Pression de repos moyenne (Anal)

35 mmHg

Normales

59-74

Conclusion d'examen

RRAI présent, élimine une aganglionie

Pas de Maladie de Hirschprung

Dr. ILHAM SERRAJ
Hépatogastroentérologue
Explorations Fonctionnelles
Digestives



Attending physician

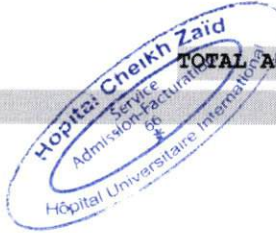
Opérateur
DR SERRAJ



N° DE FACTURE : 2021/P/43122 MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS
IPP : 1547878 DATE ENTREE : 06/04/2021
N ° DOSSIER : E212977789 DATE SORTIE : 06/04/2021
NOM & PRENOM : EL KABABI SAAD DATE FACTURATION : 06/04/2021

FACTURE

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES			
MANOMÉTRIE ANO RECTAL	2 550,00	1,00	2 550,00
TOTAL ACTES : 2 550,00			



Arrêtée la présente facture à la somme de
deux mille cinq cent cinquante et xx / 100

TOTAL FACTURE	2 550,00
TOTAL ENCAISSEMENT	2 550,00
SOLDE	0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAI



LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2021/P/43122 MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS
IPP : 1547878 DATE ENTREE : 06/04/2021
N ° DOSSIER : E212977789 DATE SORTIE : 06/04/2021
NOM & PRENOM : EL KABABI SAAD DATE FACTURATION : 06/04/2021

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES			
MANOMÉTRIE ANO RECTAL	2 550,00	1,00	2 550,00

TOTAL ACTES : 2 550,00

Honoraires Medecins

SERRAJ ILHAM

MANOMÉTRIE ANO RECTAL

700,00 1,00

700,00

TOTAL SERRAJ ILHAM :

700,00

TOTAL Honoraires :

700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de
deux mille cinq cent cinquante et xx / 100

Total général :

2 550,00

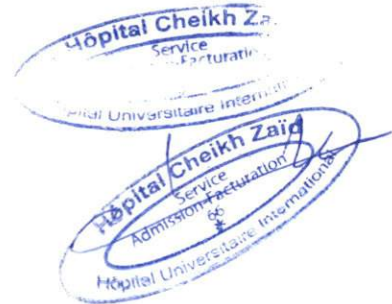
Total encaissement :

2 550,00

Solde

0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAI





Service Admission/Facturation

Quittance N°

IPP : 1 547 878 N° de dossier : E212977789

2.376.145
DI : 2 701 873

Patient : EL KABABI SAAD

Montant : 2 550,00 Dh (deux mille cinq cent cinquante et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 2741

Date d'encaissement : 06/04/2021

Description : MANOMETRIE ANO RECTALE

Medecin : E0854 SERRAJ ILHAM

Motif : HOPITAL DE JOUR

Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CIASSE HOPITAL DU

Cachet du caissier :

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

N° 1743819