

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.

 Maladie. **Dentaire** **Optique** **Autre**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule:

19160

Société:

RAM

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

ELKA BABI Mounim

Date de naissance :

28/06/1984

Adresse :

Res. Nbaudalaan - OASIS

Tél. :

+22794999696

Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

20/06/2021

Nom et prénom du malade :

ELKA BABI 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'attention du 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 : 01/07/21

Signature de l'adhérent(e) :



ANALYSES - RADIOGRAPHIES	
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	<p>Date 06/04/08</p> <p>Hôpital Cheikh Zaid Service de Radiologie Admission de l'Assuré Hôpital Universitaire de Maroc MAR</p> <p>Hôpital Cheikh Zaid Service de Radiologie Admission de l'Assuré Hôpital Universitaire de Maroc</p> <p>J. A. HAM SERRAJ Départo-Gastroentérologie Examens Fonctionnelles Digestives</p>

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de																									
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
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. PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">23533412</td> <td style="padding: 5px;">21432552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><hr/></td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><hr/></td> <td style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">36533411</td> <td style="padding: 5px;">11432553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><hr/></td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> </table>				H	23533412	21432552	D	00000000	00000000	<hr/>		G	B	00000000	00000000	<hr/>		H	D	36533411	11432553	<hr/>		G
	H	23533412	21432552																						
	D	00000000	00000000																						
	<hr/>		G																						
	B	00000000	00000000																						
	<hr/>		H																						
	D	36533411	11432553																						
	<hr/>		G																						
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																									
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																									
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																									
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																									
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapéutique nécessaire à la prothèse																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

201/06/2021.

SAAJ) EL KABABI
Fan SVP ,
—

maro metni

Rectale

difficulté de

défécation ch

n nacra de

g n.)

Dr. ILHAM SERRAJ
Hépato-Gastroentérologue
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
Total Clinique				300,00

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: conseil@ckm.hck.ma
N°INP n° 090061862



Manométrie ano-rectale

Nom patient:	EL KABABI, SAAD	Date d'examen:	06/04/2021
Sexe:	Masculin	N° d'examen:	01
Date de naissance:	06/07/2020	Hôpital:	Hôpital Cheikh Zaid
Investigation age:	0	Docteur:	DR SERRAJ
Dossier N°:	1447878	Adressé par:	-

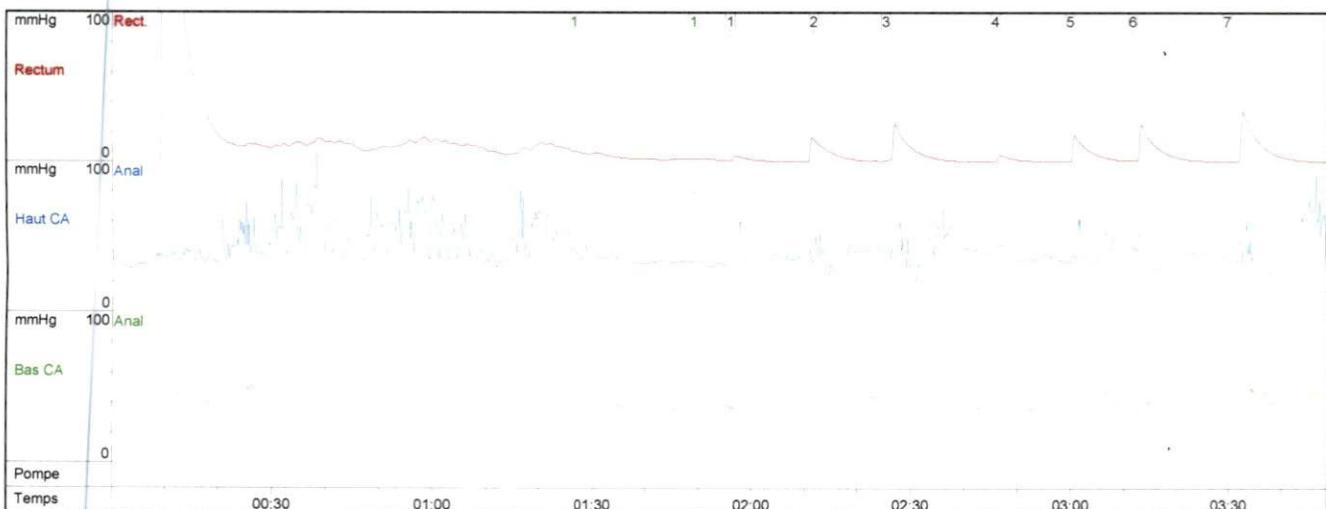
Compte-rendu d'examen

Indication:

Difficultés de l'exonération

Dr. ILHAM SERRAJ
 Hépato-Gastrentérologue
 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) Normales
 35 mmHg 59-74

Conclusion d'examen

RRAI présent, élimine une aganglionie

Pas de Maladie de Hirschprung

Dr. ILHAM SERRAJ
 Hépato-Gastrentérologue
 Explorations Fonctionnelles
 Digestives

Attending physician

Opérateur

DR SERRAJ



N° DE FACTURE : 2021/P/43122
 IPP : 1547878
 N ° DOSSIER : E212977789
 NOM & PRENOM : EL KABABI SAAD

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS
 DATE ENTREE : 06/04/2021
 DATE SORTIE : 06/04/2021
 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



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 MAD

Page 1 sur 2



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 MAD

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Quittance N°

IPP : 1 547 878 N° de dossier : E212977789

3376 145
DI : 2701873

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

Paiement effectué à la CIASSE HOPITAL DU

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

Assurance

CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 1743819