

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.

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 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° W21-623797

Handwritten signature/initials

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6444 Société : RA7

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MANZAH RACHID

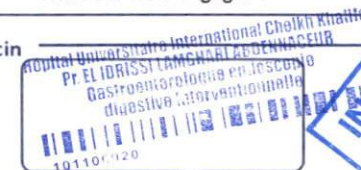
Date de naissance : 13/12/65

Adresse : LES CHALETS DE BOUSKOURA V7 BOUSKOURA MUSEUR
CASABLANCA

Tél. : 0661 226340 Total des frais engagés : 900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/04/2021

Nom et prénom du malade : BOUGHAROUN STANISLAS

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 : 13 / 04 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Handwritten signature



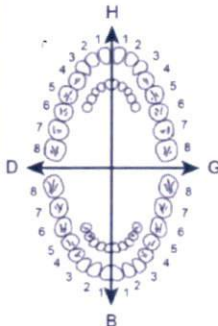
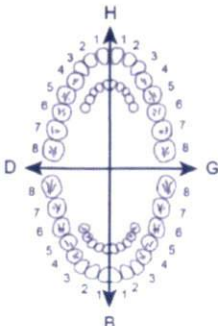
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
13/04/2021	C2		300	INP : 1101106900

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
	13/04/2021		600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
					MONTANTS DES SOINS []													
						DEBUT D'EXECUTION []												
							FIN D'EXECUTION []											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []	MONTANTS DES SOINS []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS []	DATE DE L'EXECUTION []														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

13/04/21

Boughraoua Smatten

Eluofophie Abdouino-Relvane

Cotique hepstipuo

R60

Ten donc a la
constipation

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd

Service Radiologie

Tél : (+212) 0529 00 44 66

E-mail : www.hck-tek.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. EL IDRISSI LANGHACH AÏT KHANOUR
Gastroentérologie et Hépatologie
Hôpital Universitaire International
01106920



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 13/04/2021

Quittance - Paiement espèces

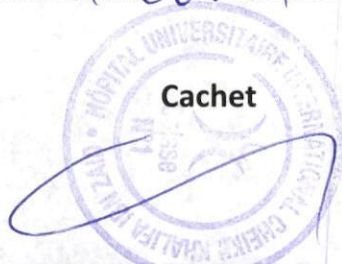
0558384

IPP :

N° D'admission : Montant : 3000

Patient : BOU GHAROUA J. M. A. G.

Cachet





Casablanca , le 13/04/2021

PATIENT : BOUGHROUM Smahen

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE

TECHNIQUE :

- Examen réalisé au niveau de l'abdomen et du pelvis à l'aide d'une sonde de 3,5 Mhz.

RESULTATS :

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène, sans anomalie focale échographiquement décelable.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques.
- Vésicule biliaire à paroi fine et de contenu trans sonique pur.
- Rate et pancréas de taille et d'échostructure normales.
- Reins de taille normale, de contours réguliers avec une bonne différenciation cortico-sinusale sans image de lithiase rénale ni de dilatation des cavités pyélocalicielles.
- Vessie de bonne capacité, sans anomalie pariétale ni endoluminale.
- Utérus de taille normale, d'échostructure homogène avec une ligne de vacuité fine et médiane.
- Ovaire droit de taille normale et d'échostructure homogène.
- Ovaire gauche non vu.
- Absence d'épanchement ou d'adénomégalie profonde

CONCLUSION :

- **Echographie abdomino-pelvienne normale.**

A compléter par une échographie à jeun

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr BOUKNANI**



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 42841 / 2021 du 13/04/2021

Nom patient	BOUGHROUM SMAHEN	Entrée	13/04/2021
	PAYANTS	Sortie	13/04/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Echographie abdomino-pelvienne	1,00		600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
Total Clinique				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	600,00
SIX CENTS DIRHAMS		

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66
E-mail : www.hck-fckm.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 42 773 / 2021 du 13/04/2021

Nom patient : **BOUGHROUM SMAHEN**

Entrée 13/04/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 13/04/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation d'hépatogastro-entérolog	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

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

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00


 Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 11090000
 Fax: 05 29 03 53 45
 E-mail: contact@chm.hck.ma
 N° INP 090061862