

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W21-623797

0544

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricole : 6444 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MANZAH RACHID

Date de naissance : 13/11/65

Adresse : LES CHALETS DE BOUSKOURA V7 BOUSKOURA MULASSEUR
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 : BOUCHAROU STAFFET

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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
Hôpital C. Sévigné - Service de Radiologie	13/04/12	13000	6000,00€HT

AUXILIAIRES MEDICAUX

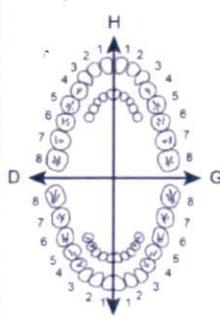
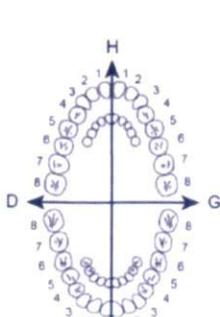
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.

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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

13/04/21

Boug trous smalle

- Eléctrographe Abdomino-pelvien
- f. Ostigme hystique
- R60
- "Pen d'once à la constipation"

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



Date : 13.04.2021

Quittance - Paiement espèces

0558384

IPP :

N° D'admission : Montant :

Patient : BOU GHRAROUN 30000 SRAMEN.

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 lithiasis 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**



**Fondation
Cheikh Khalifa Ibn Zaid**
ROYAUME DU MAROC

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
Total Clinique				600,00

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 05 29 60 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
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation d'hépato-gastro-entérolog	1,00		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

13/04/2021
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Téléphone : 05 29 03 53 45 Fax : 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026
Email contact@ckm.hck.ma
N°INP 090061862