

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

- Reclamation : 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 Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-634140

25558

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 12365 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : GHANMI IMAD
Date de naissance : 13/07/2021
Adresse : Lotissement Nassim résidence les chps 1 Im 8°
Appt 14 Casablanca
Tél : 06 62 76 6024 Total des frais engagés : 552,81 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/05/2021

Nom et prénom du malade : GHANMI HALA Age : 8 ans

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

Nature de la maladie : Traumatisme + Fracture

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 : 02/06/2021

Signature de l'adhérent(e) : A

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
2/10/20	facture N° 0120	1	5000	INF: 09030181
	facture N° 0121	1	5000	
	facture N° 0122	1	5000	
	facture N° 0123	1	5000	
	facture N° 0124	1	5000	
	facture N° 0125	1	5000	
	facture N° 0126	1	5000	
	facture N° 0127	1	5000	
	facture N° 0128	1	5000	
	facture N° 0129	1	5000	
	facture N° 0130	1	5000	
	facture N° 0131	1	5000	
	facture N° 0132	1	5000	
	facture N° 0133	1	5000	
	facture N° 0134	1	5000	
	facture N° 0135	1	5000	
	facture N° 0136	1	5000	
	facture N° 0137	1	5000	
	facture N° 0138	1	5000	
	facture N° 0139	1	5000	
	facture N° 0140	1	5000	
	facture N° 0141	1	5000	
	facture N° 0142	1	5000	
	facture N° 0143	1	5000	
	facture N° 0144	1	5000	
	facture N° 0145	1	5000	
	facture N° 0146	1	5000	
	facture N° 0147	1	5000	
	facture N° 0148	1	5000	
	facture N° 0149	1	5000	
	facture N° 0150	1	5000	
	facture N° 0151	1	5000	
	facture N° 0152	1	5000	
	facture N° 0153	1	5000	
	facture N° 0154	1	5000	
	facture N° 0155	1	5000	
	facture N° 0156	1	5000	
	facture N° 0157	1	5000	
	facture N° 0158	1	5000	
	facture N° 0159	1	5000	
	facture N° 0160	1	5000	
	facture N° 0161	1	5000	
	facture N° 0162	1	5000	
	facture N° 0163	1	5000	
	facture N° 0164	1	5000	
	facture N° 0165	1	5000	
	facture N° 0166	1	5000	
	facture N° 0167	1	5000	
	facture N° 0168	1	5000	
	facture N° 0169	1	5000	
	facture N° 0170	1	5000	
	facture N° 0171	1	5000	
	facture N° 0172	1	5000	
	facture N° 0173	1	5000	
	facture N° 0174	1	5000	
	facture N° 0175	1	5000	
	facture N° 0176	1	5000	
	facture N° 0177	1	5000	
	facture N° 0178	1	5000	
	facture N° 0179	1	5000	
	facture N° 0180	1	5000	
	facture N° 0181	1	5000	
	facture N° 0182	1	5000	
	facture N° 0183	1	5000	
	facture N° 0184	1	5000	
	facture N° 0185	1	5000	
	facture N° 0186	1	5000	
	facture N° 0187	1	5000	
	facture N° 0188	1	5000	
	facture N° 0189	1	5000	
	facture N° 0190	1	5000	
	facture N° 0191	1	5000	
	facture N° 0192	1	5000	
	facture N° 0193	1	5000	
	facture N° 0194	1	5000	
	facture N° 0195	1	5000	
	facture N° 0196	1	5000	
	facture N° 0197	1	5000	
	facture N° 0198	1	5000	
	facture N° 0199	1	5000	
	facture N° 0200	1	5000	

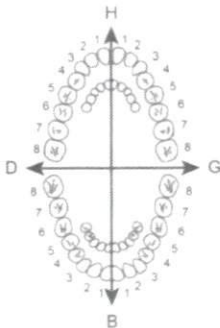
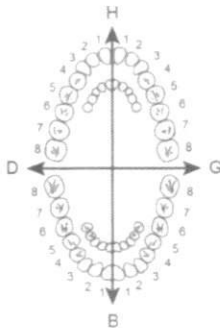
[illegible][illegible][illegible]

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 : <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

IMAD GHANMI

Nid: 12365

; A l'aimable attention de la MURKAS

Objet: circonstances de la fracture de ma fille HALA GHANMI.

Je tiens à vous informer que la fracture du bras de ma fille
a eu lieu dans votre domicile suite à une chute, à date
du 10 mai 2021.

IMAD GHANMI



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 58 010 / 2021 du 20/05/2021

Nom patient : **GHANMI HALA**

Entrée 20/05/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 20/05/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de pédiatrie	1,00		300,00	300,00
- Radiographie Avant bras face profil	1,00		250,00	250,00
			Sous-Total	550,00
PHARMACIE	1,00		7,80	7,80
			Sous-Total	7,80
Total Frais Clinique				557,80

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>			
CINQ CENT CINQUANTE-SEPT DIRHAMS QUATRE-VINGTS CENTIMES		Total	557,80

Encaissements	Espèces	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	250,00	307,80	557,80	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel.: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 22 89 28 54
 Email: contact@hchz.tn
 N° INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

27/05/2021
16:42

Nom Patient : GHANMI HALA		Numéro dossier : 2100346119				
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total	
20/05/2021	BANDE DE CREPE 15CM	1074624	1,00	7,80	7,80	
			Total pharmacie		7,80	

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 08 53 42
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm-hz.com
N° IMP 09061852



Casablanca, le 20/05/2021

PATIENT

: GHANMI HALA

RADIOGRAPHIE DE L'AVANT BRAS DROIT F/P

- Fracture de l'extrémité distale du radius
- Minéralisation normale des structures osseuses.
- Respect des interlignes articulaires.
- Absence d'épanchement intra-articulaire radiographiquement décelable.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr BOUKNANI**

Dr BOUKNANI
Radiologue
Tél: 0212463334





Coller Etiquette De BAF



2100346119 / 150627100212KH

Prénom : HALA

Nom : GHANMI

DDN : 30/05/2013 E: 20/05/2021

Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

BILAN RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

• RADIO STANDARD :

Admission à l'hôpital KHALIFA
Addmission à la réacturation

☒ FACE

☒ PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

Pr. ADMANE Farma
Pédiatre
CHU Ibn Rochd Casablanca