

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.

Diagnostique 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.

Educational :

- 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.

Maladie chronique :

- 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

- Information : contact@mupras.com
- Prendre en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

S : 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0051595

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9955 Société : Amadeus Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Khalloufi Soufiene
Date de naissance : 08/04/1972
Adresse : U. El Veto, Benshama, V. El Gec
Tél. : 0662491058 Total des frais engagés : 1712,42 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/07/2021
Nom et prénom du malade : Khalloufi Imad Age : 20
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Abcs
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 : 06/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/10/2021 | Verif fact | | 1719,42 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

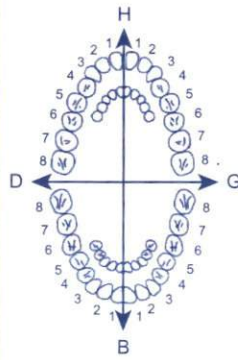
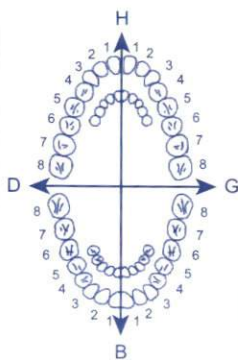
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|--|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

04. 07 21

Compte Rendu
Abces bras gauche - opere le 04/7/21
Fus à L.
Incisions de l'abces. Parafé -
Painement sclerif


Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. MOKHTARI MOHAMED
Chirurgie Viscérale
091113595



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

04. 07 21

compte Rendu

Abces bras gauche - opere le 04/7/21
fues A L.
Incisions de l'abces. Parage -
Painement oculaire


Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. MOKHTARI MOHAMED
Chirurgie Viscérale
091113555



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 04 07 21



2100367025 / H0121018344

Prénom : IMAD

Nom : KHALLOUKI

DDN : 16/03/2001 E: 04/07/2021

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: M

K 3 0

Admission Facturation

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

4/7/21



2100367025 / H0121018344

Prénom : IMAD

Nom : KHALLOUKI

DDN : 16/03/2001 E: 04/07/2021

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: M

1) aproxime 50
mg 24

2) soliprime 1g
mg 24


Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. MOHAMMED
Chirurgie Viscérale
0711135555

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 79776 / 2021 du 04/07/2021

| | | | |
|-------------|----------------|--------|------------|
| Nom patient | KHALLOUKI IMAD | Entrée | 04/07/2021 |
| | PAYANTS | Sortie | 04/07/2021 |

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--|--------|------------|-------------------|-----------------|
| - Consultation exclusive d'urgences hors déchocage | 1,00 | | 300,00 | 300,00 |
| K30 | 30,00 | | 45,00 | 1 350,00 |
| | | | <i>Sous-Total</i> | 1 650,00 |
| PHARMACIE | 1,00 | | 62,42 | 62,42 |
| | | | <i>Sous-Total</i> | 62,42 |
| Total Clinique | | | | 1 712,42 |

| | | |
|--|--------------|-----------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> | | |
| MILLE SEPT CENT DOUZE DIRHAMS QUARANTE-DEUX CENTIMES | Total | 1 712,42 |
| | | |

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

04/07/2021

10:23

Nom Patient : **KHALLOUKI IMAD**Numéro dossier : **2100367025**

| Date | Produit consommé | N° BS | Quantité | Prix Unit. | Total |
|-----------------|---|---------|----------|------------|--------|
| 04/07/2021 | SET DE SUTURE REF470258 | 1102177 | 1,00 | 46,15 | 46,15 |
| 04/07/2021 | GANT DE CHIR.STERILE EN LATEX | 1102177 | 1,00 | 5,30 | 5,30 |
| 04/07/2021 | LIDOCAINE LAPROPHAN 2%20ml Injecta (01) | 1102177 | 1,00 | 16,50 | 16,50 |
| 04/07/2021 | COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5 | 1102177 | 3,00 | 1,21 | 3,63 |
| 04/07/2021 | COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5 | 1102177 | 2,00 | 2,60 | 5,20 |
| 04/07/2021 | LAME DE BISTOURI | 1102177 | 3,00 | 0,68 | 2,04 |
| 04/07/2021 | BANDE DE CREPE 10 CM | 1102177 | 1,00 | 13,10 | 13,10 |
| 04/07/2021 | SERINGUE 1ML | 1102177 | 1,00 | 0,78 | 0,78 |
| 04/07/2021 | BANDE DE CREPE 10 CM | 1102180 | -1,00 | 13,10 | -13,10 |
| 04/07/2021 | LIDOCAINE LAPROPHAN 2%20ml Injecta (01) | 1102180 | -1,00 | 16,50 | -16,50 |
| 04/07/2021 | LAME DE BISTOURI | 1102180 | -1,00 | 0,68 | -0,68 |
| Total pharmacie | | | | | 62,42 |



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date 09/08/2011

Quittance - Paiement espèces 0584177

IPP :

N° D'admission : Montant : 62,42

Patient : ICMA Houci - 1 MAD

Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 04 / 07 / 2021

Quittance - Paiement espèces 0585442

IPP :

N° D'admission : Montant : 1690 DH

Patient : Kholliki IMAD

Cachet

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facturation