

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-694972



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2991	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	106910
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	Age :	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :



RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2291 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAFI KHALID

Date de naissance :

08.09.57

Adresse :

28 Av ASSIL MOHAMMED

Tél. : 06 68 42 71 77

Total des frais engagés : 300.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Abderrahim BENI
Anesthésiste Réanimateur
INPE : 091 87582

Date de consultation :

31/01/2008

Nom et prénom du malade :

chafi KHALID

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

CPD

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 :

Le : 31/01/2008

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-043667

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2291

Nom de l'adhérent(e) : CHAFI

Total des frais engagés : 300.00

Date de dépôt : 08/03/2008

RELEVE 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
31-0-22	C.P.A		300,00	Dr Abderrahim RCHI Anesthésiste Réanimateur NPE : 09187852

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				</td

Yassin SAYERH
Chirurgien Urologue
- Andrologue -
Fixe : 05 21 21 00 06
05 23 31 79 63



الدكتور يسن الصايغ
أخصائي في أمراض وعراحة الكلى
والمسالك البولية والأعضاء التناسلية
عضو في الجمعية الأمريكية لجراحة المسالك البولية
Membre de L'American Urological
Association
Urgences : 06 64 21 43 99

Ordonnance

13 JAN 2022

A Mohammedia le :

Mr Kholoud Refi

Diagnostic, Hémigéph
distal

Indication : Cue de Heine

ingé de Kgo +

plaie Heine gris

Dr Yassin SAYERH
CHIRURGEN UROLOGUE
Institut d'Urologie
INP : 091241984
Mohammedia - Tél. : 05 21 21 00 06



Dr Yassin SAYEIH
Chirurgien Urologue
- Andrologue -
Fixe : 05 21 21 00 06
05 23 31 79 63



الدكتور يسن الصايغ
أخصائي في أمراض وجراحة الكلى
والمسالك البولية والأعضاء التناسلية
عضو في الجمعية الأمريكية لمراحة المسالك البولية
Membre de L'American Urological Association
Urgences : 06 64 21 43 99

Ordonnance

M. Kh. - Dr Profi

13 JAN 2022

A Mohammedia le :

CPA Rue de Heine
signe de la dentie
avec plaque

Dr Yassin SAYEIH
CHIRURGIEN UROLOGUE
اختصاص أمراض وجراحة المسالك البولية
NIP : 091241984
Mohammedia - Tél. : 05 21 21 00 06



HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 31-01-2022

Facture N° 02676/22				C. Débiteur			page 1/1
A. Identification							
N° Dossier : HPC22A31132435				N° Identifiant : 063709/22			
Nom & Prénom : M. CHAFI KHALID							
C.I.N : B55851				ICE : Adresse :			
Adresse : CASA				D. Période d'Hospitalisation			
				Date Entrée : 31-01-2022			
				Date Sortie : 31-01-2022			
Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR				Traitement :			
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total	
PRESTATIONS							
1	CPA+ECG		300,00			300,00	Total Rubrique : 300,00
PARTIE CLINIQUE : 300,00							
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : 0,00							
Arrêté la présente facture à la somme de :				TOTAL GENERAL			300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré


 SERVICE RECEPTION ET ADMISSION
 HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA
 AIN SEBAA
 279, Bd. Chefchaouni Ain Sebaa
 INPE : 090063272

Centre
Monétique
Interbancaire

31/01/22 13:45:23

9300348934

93489301

HOPITAL PRIVE CASA 2S
Casablanca

XXXXXXXXXXXX031010

FFF : 055

MME EL KHALFI FATHIA

XXXXXXXXXXXXXX955

10/23 CARTE NATIONALE

6307594272988352

001-0-009-1-44

Montant : 300,00 MAD

N° TRANSACTION : C10

N° AUTORISATION : 514461

SIREN : 009963

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

COPIE CLIENT

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA

**PAIEMENT EFFECTUE PAR : EL KHALFI
FATIHA**

**NOM DU PATIENT : M. CHAFI KHALID
DATE DE NAISSANCE : 01/01/1980
HPC22A31132435**



Reçu N° : 88778

Paiement du 31/01/2022 13h34

Actes

Montant 300,00 Dh

Numéro de compte 419645***9968**

Nom de propriétaire EL KHALFI FATIHA

Type de paiement TPE

GE

MAC600 1.02

ID :

31-jan-2022 15:16:35

aVR

V1

V4

aVL

V2

V5

I

III

aVF

V3

V6

0.16-20Hz

25.0 mm/s

10.0 mm/mV

75 bpm

4x2,5s

0

ID :

Mr Chafi Khalid

CHAIFI KHALID

Rythme sinusal normal
ECG normal

Fréq. ventr. 75 bpm
Durée QRS 100 ms
QT/QTc 378/422 ms
Intervalle PR 194 ms
Durée P 116 ms
Intervalle RR 800 ms
Axes P-R-T 55 29 43

M. CHAFI KHALID
Né le : 01/01/1960

HPC22B09085134

MAC600 1.02

12SL™v239

MAC600 1.02

12SL™v239