

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 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

M22- 0008493

125391

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0011111 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MANSOURI HMAD
 Date de naissance : 01-07-1954
 Adresse : N°178 Bloc 4 Cite Commune Urbaine Hay HASSANI CASABLANCA
 Tél. 06616683921 Total des frais engagés : Dhs

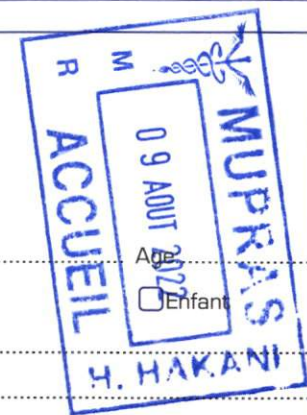
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 26/07/2022
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : dyspnée
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 01/08/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

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
26/07/22	Fact N° 92755		2350 DA	

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

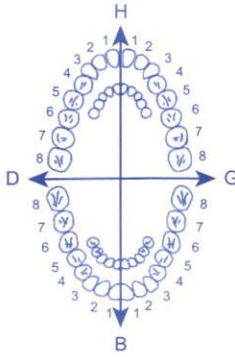
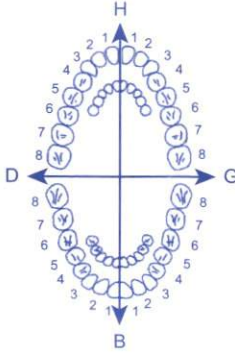
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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															
				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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		
					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'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 26/07/2022

MANSOURI HMAD

VentilATon non invasive



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 26/07/2022

MANSOURI HMAD

SonDAGe Vesical

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. KAMAL SABRINE
URGENTISTE
n90001052

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 26/07/2022

MAN SOURI HAMAD

ECG

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. KAMAL SABRINE
URGENTISTE
000061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 26/07/2022

Quittance - Paiement espèces

0690943

IPP :

N° D'admission : Montant : 235000

Patient : H M A D M A L S O U R I

Cachet

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Tél.: 05 29 03 53 53
Fax : 05 29 03 44 77
E-mail : contact@hikm-hck.mr
N° INF 090061652

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2207260527333080 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200535987	MANSOURI HMAD	26/07/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque <i>NB: Chèque avance</i>	BP / 8268162 <i>Ech : 25/08/2022</i> KALA FATIHA	25 000,00
PAYANT	Total payé	25 000,00
VINGT-CINQ MILLE DIRHA		

Reçu établi par : RAJ.OUA

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 22 03 53 45
Fax : 05 22 03 53 45
E-mail : contact@fckm-hck.ma
N° INF 0527333080-1862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 92 755 / 2022 du 26/07/2022

Nom patient : **MANSOURI HMAD**

Entrée 26/07/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 26/07/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE EN DECHOCAGE	1,00		450,00	450,00
+ ELECTROCARDIOGRAMME (ECG)	1,00		100,00	100,00
X SONDAGE VESICAL	1,00		800,00	800,00
X VENTILATION NON INVASIVE	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	2 350,00
Total Frais Clinique				2 350,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	2 350,00
DEUX MILLE TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	2 350,00				2 350,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 28 89 28 54
 Email: contact@hckm-hck.ma
 N° INP 090061862

Id : _____

Indéfini --- (---) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. : _____

Technicien : _____

Commentaires : _____



2200535986 / H0122020675

Prénom : HMAD

Nom : MANSOURI

DDN : 01/07/1954 E: 26/07/2022

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

Rythme sinusal avec bloc A-V 1er degré

--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexe du patient ---

Progression onde R faible

ECG anormal

r-Sv1 : 1.67/0.52 mV

k-Lyon : 2.19 mV

Axe: 84/18/0

QRS: 78 ms

QT/QTcH: 360/371 ms

QTcB: 378 ms

QTcF: 372 ms

RAPPORT NON CONFIRMÉ



Casablanca, le 26/07/2022

COMPTE RENDU

Je soussigné, Certifie avoir examiné

Mr/Mme MAN Souni HMAD Le 26/07/2022

Admis(e) au service des urgences:

Se plaignant de dyspnée

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio
- Echographie
- Scanner
- IRM
- Autres :

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin