

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

- 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

M22- N° 002268

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3180 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SABIRI Saïd

Date de naissance : 05/11/71

Adresse : 64 Rue Essaïd alouane
BD LA GIRONDE
Cast

Tél. 7666 81 81 24 Total des frais engagés : 800.41 + 111.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/02/2023

Nom et prénom du malade : SABIRI Saïd Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : RAM Le : 15/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : Saïd

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
09/08/2013	Sondage vésicale		800,00 DA	Hôpital Universitaire International Pr ASS EL OMRI GHASSANE Urologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 F. RAJAN Rue El Araya - Béjaia - Tel: 0522 82 50 03	09/02/23	121,40 - 201

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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'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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2300637179 / H0122010856

Prénom : SAID



PAYANT

Nom : SABIRI

Sexe: M

DDN : 05/11/1952 E: 09/02/2023

Service : MÉD.RÉGÉNÉRATIVE (NA)



121.40
Umnox Admet 40
 Rept le soir
 1 mois

PHARMACIE KHAOUARIZMI
Mme F. RAYANE EP. TEBIB
1, Rue El Arâar la Gironde
Casablanca - Tél. : 0522 82 37 05

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr Ass EL OMRI GHASSANE
Urologie

LOT 221081
EXP. 02/2024
PPV 121.40DH

أوكالبتو[®]

طمسولوزين



400
مغلي
عن طريق الفم

حببات ذات تحrir معدة في كبسولات

30 x

مدة صباح زوال صباه

COOPER
PHARMA
DEPUIS 1933

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 20 464 / 2023 du 09/02/2023

Nom patient : **SABIRI SAID**

Entrée 09/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 09/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
SONDAGE VESICAL	1,00		800,00	800,00
			Sous-Total	800,00
Total Frais Clinique				800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS

Total 800,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	800,00	800,00	0,00



Reçu de caisse

N° : 2302091636048570 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300637179	SABIRI SAID	09/02/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	011365	800,00
PAYANT	Total payé	800,00
HUIT CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SAM.HAT





COMPTE RENDU



2300637179 / H0122010856

Prénom : SAID

Nom : SABIRI

DDN : 05/11/1952 E: 09/02/2023

Service : MÉD.RÉGÉNÉRATIVE (NA).



PAYANT
Sexe: M

- $\text{Na}^2 =$ SABIRI Sud
- $\text{Age} =$ 69 ans
- $\text{Pac} =$ Découverte aiguë d'une fin myélité. (Nessie neurogène relativiste)
- $\text{Intervention} =$ Stélectrothérapie rétrograde.
- Fuite urinaire sans d'urinard.
- $\text{Patho} =$ Antécédent d'urine de la partie
- $\text{Préop} =$ urinaire à J7.





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
Casablanca - Maroc

09/02/23

16:08:58

**FONDATION CHEIKH KHALI
CASABLANCA**

A0000000041010

MASTERCARD

BELGHAZI AZIZ

541750*****6681

01/26 CARTE NATIONALE

220-0-0000-1-55

Num Commerçant

2220064

Num TPE

08174078

Num Transaction

000010

Num Autorisation

0M2522

Num STAN

011365

MONTANT : 800,00 MAD

DEBIT

Copie client

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74