

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

- 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.

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- N° 002268

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3180 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 153204
Nom & Prénom : CABIRI Said
Date de naissance : 05-11-52
Adresse : 64 Rue Ezzejaoune
B1 LA VIRONDE GHI
Tél. 8666 81 81 24 Total des frais engagés : 800 DH + 121% Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/02/2023
Nom et prénom du malade : SABIR Said Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : RA
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 : CASABLANCA Le : / /
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
09/01/2013	Sondage vesicale		800,000	Hôpital Universitaire International Pr. ASS EL OMRI GHASSANE Urologie 011185447

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/01/2013	121,40 dh

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

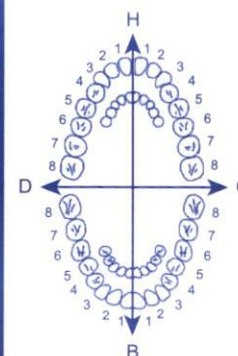
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

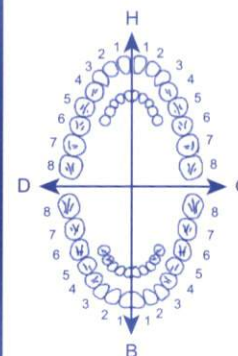
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT 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'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :



2300637179 / H0122010856

Prénom : SAID

Nom : SABIRI

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

Service : MÉD. RÉGÉNÉRATIVE (NA)



PAYANT

Sexe: M

121.40



Uroxolone 400

Reç. le 01/03/2023
M. 121.40

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

أواماكسين[®]

طمسولوزين



400 ملغ

عن طريق الفم

30 x

حببات ذات تحرير ممدد في كبسولات

مدة صلاحية: 3 سنوات
عن طريق الفم

COOPER
PHARMA
DEPUIS 1933

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

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
PRESTATIONS INTERNES				
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 :	Total	800,00
HUIT CENTS DIRHAMS		

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 75
 E-mail : contact@hck.ma
 194 00061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

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 : MÈD. RÉGÉNÉRATIVE (NA)



PAYANT

Sexe: M

2. \cap^2 SABI RI SAK

Age = 69 ans

• $H_{2}O =$ 8 parts
• $NaCl =$ Retentive aigue l'humidité sur
myélite (Vessie neurogène rétentive)

Inkubation = ~~incubation~~ vesical retrograde.

o. Suite nple

Sans 2 Gagnant.
de service de la table

- Freiheit mit und
- Preisverfall am Markt
- vertikale Integration



Hôpital Universitaire International Cheikh Anta Diop

PT ASS EL OMRI GHASSANE

Urologie

211485147



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
S.O.U.S. - 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**