

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

N° W21-792639

155550

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12518 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MISBAH ABDALLAH

Date de naissance : 19-08-1986

Adresse : Résidence Lila Park 170 Khadma S. hel

Berrechid

Tél. : 0553.118.110 Total des frais engagés : 914,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Khalil Azzedine
Pédiate
INPE : 08004640

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/03/2023

Nom et prénom du malade : Age : 7ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ 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 : 31-03-2023 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

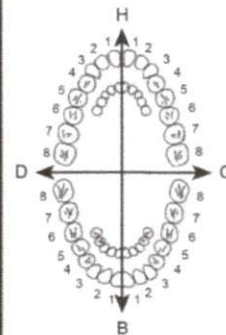
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14 03		2 frs	2000	INP : / / Khadil Ali Perle 0200408
26 03		1 frs		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/03/23	114,90

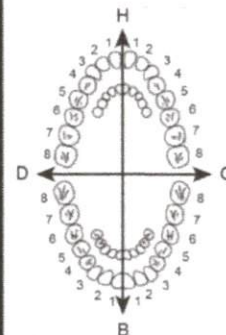
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>		MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
	DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>	
	DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Bouskoura, le :



2300237076 / 2303182016010.

Prénom : NAYL

Nom : MISBAHI

DDN : 03/06/2015 E: 18/03/2023

Service : URGENCE (SO)



PAYANT

Sexe: M

LOT : 22E046
PER: 09/2024
FLACYL 4%
SUSP EN V FL 120 ML
P.P.V : 32DH90
1180000860390

3290 - Flacyl
2cc x 3 / + 8

4000 - Neofortan 40 mg
1cc x 3

1700 - Diplosteron
non (20) / 6 h

2400 - Loxen
1cc x 3

NEOFORTAN 40 mg
PPV 40DH00
EXP 05/2025
LOT 240453

Dr. Khalil Azzedine
Pediatre
INPE: 091084640

PPV: 24DH50
PER: 10/24
LOT: L3519

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79 www.hm6.ma

PHARMACIE CENTRE HOSPITALO
UNIVERSITAIRE BOUSKOURA
Ouled Ben Amar Lamsalha Bouskoura
Casablanca
Tél: 05 22 59 23 15

05/24
LOT L4011
PER 12/25
PPV 17DH50
Paracétamol
Doli
Pédiatrique



2303182016010.

MISBAHI NAYL

Admission du : samedi 18 mars 2023

Ordonnance

(18/03/2023,18/03/2023) CONSULTATION _SO_ [DR. KHALIL AZZEDINE]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
18/03/2023	Echographie abdomino-pelvienne	1	DR KHALIL AZ
<p><i>Dr. Khalil Azzedine</i> <i>Pediatre</i> <i>INPE : 091084649</i></p> <p><i>Dr. Khalil Azzedine</i> <i>Pediatre</i> <i>INPE : 091084649</i></p>			



090063728

Nom du patient: NAYL MISBAHI

Date: 18/03/2023

Type d'examen:

:

Médecin traitant:

Échographie abdominopelvienne

Renseignements cliniques: Douleurs abdominales.

Résultats :

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
- Tronc porte, veine cave inférieure et veines hépatiques de calibre normal.
- Vésicule biliaire à paroi fine, alithiasique.
- Voies biliaires intra et extra-hépatiques de calibre normal.
- Pancréas et rate sont sans anomalie échographique.
- Reins de taille et de situation normales, de contours réguliers, présentant une bonne différenciation parenchymo-sinusale.
Absence de dilatation pyelo-calicielle.
- Vessie à paroi fine, de contenu trans-sonique.
Méats urétéraux libres.
- Le balayage échographique de la fosse iliaque droite retrouve une sensibilité au passage de la sonde, avec un appendice de taille limite mesuré à 6 mm.
- Absence de signe indirect d'appendicite.
- Absence d'ADP intra-abdominale.
- Absence d'épanchement péritonéal.

Au total :

Echographie abdominopelvienne sans anomalie évolutive particulière.

Appendice de taille limite sans signe indirect d'appendicite. À confronter aux données clinico-biologiques.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr HABI J.**

2300237076

F A C T U R E

N° 11 118 / 2023 du 18/03/2023

Nom patient : MISBAHI NAYL

Entrée 18/03/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 18/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation de pediatrie	1,00		300,00	300,00
Echographie abdomino-pelvienne	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	800,00
Total Frais Clinique				800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
HUIT CENTS DIRHAMS	Total 800,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	800,00				800,00	0,00

Hopital Universitaire
Internationale Mohammed VI
Service des Urgences A
MAROC