

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

- 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 : 1624 Société : RAM 277125
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : AKRAM ABDELNAJID
Date de naissance : 01/01/1949
Adresse : LOT LAIMOUNE NR 469
CASABLANCA 20190
Tél. : 06 39 95 52 72 Total des frais engagés : 893,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/08/2023

Nom et prénom du malade : NOUFIEN ASMA épouse AKRAM Age : 64 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ALD

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
ALD signe de l'ophtalmo

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
cas de l'ophtalmo

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 : 29/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : AKRAM



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
23/03/2013 09:45:47	23/03/2013 09:45:47	08	300	Pr. EL. DRISSI Médecin Gastro-entérologue, qui signe et atteste 106920

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du pharmacien ou du fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
MAISON AVENUE avenue Mohamed Boudiaf Bousseni (Outa) - 100924	28/8/13	142,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOPHARMACEUTIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES HÔPITAL CHEIKH KHALIFA	05/09/23	10000	451,00 DH

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (1-4), upper right (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). The arch is centered on a vertical axis with a horizontal cross. Four directional markers are present: 'D' on the left horizontal axis, 'H' at the top vertex, 'B' at the bottom vertex, and 'G' on the right horizontal axis.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

29/08/23

Moumen Asma

نمر ٢

Footans

S.V.

Abote

14530 CTE AVENUE NACIR
BP Avenue Mohamed Taieb Nacir
Hassan (Oujda) - Casablanca
Tél. : +212 69 20 42

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr EL HADJ LAMHARI ABDENNACEUR
Gastro-entérologie endoscopie digestive interventionnelle
101106920

maphar



Boulevard Alkéma n°8

Quartier Industriel Sidi Bernoussi Casablanca - Maroc

FORTRANS SAC B4

P.P.V. : 142,20 DH



6118001181209

LOT : A51839
Exp : 12/2025

Authorised medicinal product N°: 3400932886227

List I.

No special condition for storage.



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

29/08/23

Dr. Dovney Asma

Coloscopie totale

ASR du Sigmoïde

Opéré x 12 mois

bulle fixe

réputé chirurgien



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 29/08/2023
Numéro : 119 593



Nom patient : MOUMEN ASMA

Médecin : PR. EL IDRISI LAMGHARI ABDENNACEUF
Hépato-gastro-entéro

2300737349

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
Email : contact@fckm.hck.ma
INN 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 122028 / 2023 du 01/09/2023

Nom patient	MOUMEN ASMA	Entrée	01/09/2023
	PAYANTS	Sortie	01/09/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS ANAPATH	1,00	P0000	451,00	451,00
Total Clinique				451,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
QUATRE CENT CINQUANTE ET UN DIRHAMS	Total 451,00

LA BORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
HOPITAL CHEIKH KHALIFA
LA BORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 29.10.2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 1694 E-mail : abakr1694@hotmail.com Phones : 063.925.5272

Nom et Prénom de l'adhérent : AKRAM ABDELNATI

Nom et Prénom du bénéficiaire : MOUEN ASNA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr Elidrissi Abdellah

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. MOUEN ASNA

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Coloscopie totale

Une hospitalisation de (approximatif) ...

A (préciser l'établissement hospitalier) ...

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

ADK Sigmoïde opé
Contrôle à 12m

Cachet, date et signature du praticien

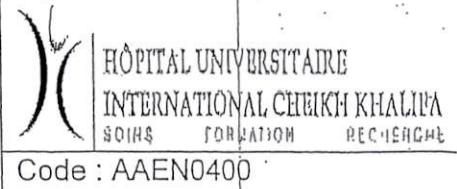


A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

PLI CONFIDENTIEL



Code : AAEN0400

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme : M. Alioune Sall Ayant droit à la couverture médicale par l'organisme dont vous assurez le conseil.

Je vous écris pour information et en vue de démarches administratives pour une prise en charge ou accord de principe.

Avec mes remerciements, veuillez croire, Cher Confrère, à mes considérations les meilleures.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

PATIENT Opéré
Antécédent Patho

TRAITEMENT PROPOSE :

Chirurgical total

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

1 mois

Observations : Des modifications du traitement pourraient survenir en fonction des évaluations et de l'évolution de la maladie.

Casablanca, le 29/08/2023

Cachet et Signature du Médecin

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

DEVIS ESTIMATIF

Date 29/08/2023
N° :230829122028OU

Nom patient : MOUMEN ASMA

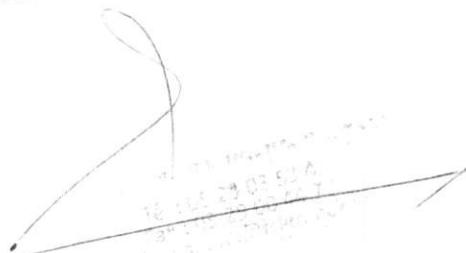
Prise en charge : MUPRAS

Traitements EXPLORATION

PRESTATIONS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
COLOSCOPIE TOTALE	1		2 420,00	2 420,00
Sous-Total				2 420,00

Arrêté le présent devis à la somme de :
DEUX MILLE QUATRE CENT VINGT DIRHAMS

Total devis **2 420,00**



CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 23090116121064501 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300739655	MOUMEN ASMA	01/09/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque NB: Chèque avance	1300036 / BP Ech : 01/10/2023 ✓ AKRAM ABDELMAJID	2 420,00
MUPRAS	Total payé	2 420,00
DEUX MILLE QUATRE CENT		

Reçu établi par : OUM.IDR

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@fckm-hck.ma
 ICP : N° IPN 09-061862



2300739655 / H0122012581

Prénom : ASMA

Nom : MOUMEN

DDN : 24/10/1958 E: 01/09/2023

Service : ENDOSCOPIE (NA)



PAYANT
Sexe: F

Casablanca, le vendredi 1 septembre 2023

EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

PATIENT : MOUMEN ASMA

RENSEIGNEMENT CLINIQUE : ADK sigmoïdien opéré

Colo contrôle à 12 mois

Tube 1 : Sténose anastomotique infranchissable

Prévoir une dilatation au ballonnet

Dr. EL HASSANI
MOUMEN ASMA
Hôpital International Cheikh Khalifa

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

Cachet et signature :

Hôpital Universitaire International Sheikh Khalifa
Pr EL HASSANI LASSCHA ABDENNACEUR
Gastro-entérologien : chirurgien digestive interventionnelle
101106920



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0122012581

Date de naissance : 24/10/1958

Sexe : F

Date de l'examen : 01/09/2023

Prélevé le : 01/09/2023 à 15:59

Édité le : 05/09/2023 à 18:27

Mme MOUMEN ASMA

Dossier N° : 23090201K

Service : ENDOSCOPIE/GASTRO



Référence Anapath : 2309B08

Renseignements cliniques : ADK sigmoïde opéré, sténose anastomotique infranchissable

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Biopsie coliques (anastomose):

Macroscopie :

Recu trois fragments biopsiques mesurant 0.3 cm chacun, inclus en totalité.

Microscopie :

L'examen au microscope porte sur une muqueuse colique faite de structures glandulaires souvent dilatées. Les cellules épithéliales ne présentent pas d'atypies cyto-nucléaires. Le chorion est largement remanié par un infiltrant inflammatoire polymorphe sur un fond oedémateux.

CONCLUSION :

- Muqueuse colique siège de remaniements inflammatoires aigus.
- Absence de lésion tumorale.

Le 05/09/2023 à 18:27

Signature

Dr. MAHDI Youssef

1 / 1

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

173186



Le 13 septembre 2023

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
AVENUE MOHAMED TAIEB NACIRI
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE

Identifiant adhérent : 0001624_1949-07-01_ABDELMAJID

N/REF : 20232560023988

Adhérent : AKRAM ABDELMAJID

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ASMA MOUMEN.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 2178.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 242.00 MAD

Validité de prise en charge : du 13-09-2023 au 13-12-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à ASMA MOUMEN.

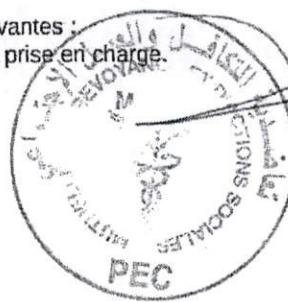
Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

 Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge.
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens.
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués.
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° : 122240 / 2023 du 02/09/2023

Nom patient	MOUMEN ASMA	Entrée	01/09/2023
Prise en charge	MUPRAS	Sortie	02/09/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
COLOSCOPIE TOTALE	1,00		2 420,00	2 420,00
<i>Sous-Total</i>				2 420,00
Total Clinique				2 420,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> DEUX MILLE QUATRE CENT VINGT DIRHAMS	Total	2 420,00
Immatriculation : C151905 Affiliation : Cin : C151905-L	Adhérent : MOUMEN ASMA N° prise en charge : 2023560023988 / 173186	Part organisme 2 178,00 Part patient 242,00



Reçu de caisse

N° : 23092610440464501 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300739655	MOUMEN ASMA	26/09/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	1300041 / BP AKRAM ABDELMAJID	242,00
MUPRAS	Total payé	242,00
DEUX CENT QUARANTE-DEUX		

Reçu établi par : OUM.IDR

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ckm.hck.mn
ICF Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
00 212 524 222 222