

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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Prothèse :

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

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.

**AS : 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° P19- 0049975

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01836 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SLAOUI KHANATA
Date de naissance : 01/07/1956
Adresse : N° 50 Lot KHATFAOUI HAYESSALAM
04100
Tél. : 0667128286 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MUPRAS
Date de consultation : 25 NOV. 2019
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Complément 1302

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Casablanca, le jeudi 21 novembre 2019

Compte Rendu opératoire

Identification du Patient	Information sur le Séjour
Nom : BELGHAZI	Médecin traitant : Professeur EL ASRI FOUAD Ophtalmologie
Prénom : Mostafa	Service d'hospitalisation : Hôpital de jour Chirurgie 1
Age : 68 ans	IPP du patient : H0119041754
Sexe : Masculin	NDA séjour : 1900143165
Date de l'intervention : 21/11/2019 14:30	

INTERVENANTS :

EL ASRI FOUAD - EXTERNE

ACTES CHIRURGICAUX EFFECTUES :

CHIRURGIE RETINE ENDOOCULAIRE

MODE D'ANESTHESIE :

Patient informé des risques, conséquences et complications éventuelles de l'intervention.

COMPTE RENDU OPERATOIRE :

CURE CHIRURGICALE DE DECOLLEMENT DE RETINE DE L'OD sous AG

DESINFECTION CUTANEE à LA BETADINE à 2 REPRISES
 MISE EN PLACE D'UN CHAMP STERILE ET DU BLEPHAROSTAT
 DESINFECTION DES CUL SDE SSACS à LA BETADINE DILUEE
 MISE EN PLACE DES TROCARTS 23G VALVES, TERMINAL D'INFUSION à 8H
 VITRECTOMIE CENTRALE PUIS PERIPHERIQUE LA PLUS COMPLETE POSSIBLE
 REPERAGE DE LA DECHIRURE A 11H RETROEQUATORIELLE
 ECHANGE AIR LIQUIDE A TRAVERS LA DECHIRURE AVEC ASPIRATION DU LIQUIDE SOUS
 RETINIEN PUIS POLE POSTERIEUR
 CRYOAPPLICATION AUTOUR DE DECHIRURE
 ASPIRATION DU LIQUIDE RESIDUEL
 ECHANGE AIR GAZ C2F6
 FERMETURE DES SCLEROTOMIES
 VERIFICATION DE LA PIO
 DESINFECTION A LA BETADINE, PUIS SOINS POST-OP

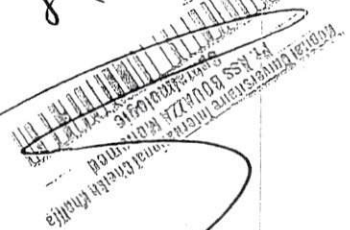
SIGNATURE :

Professeur EL ASRI FOUAD

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Pr. EL ASRI Fouad
 Ophtalmologie


Decollement de Rétine OD⁺
PVR C2 + Déchirure a' ML

Nécessitant chirurgie vitreosculaire





وصفة طبية
Ordonnance

16 / 11 / 19

Belghazi Noorafa

69 ans, sans ATCDs -

Ex. ophtalmique :

AV < OD = MDN.
OG = NPO

FO :

De l'annee

DR Macula



RRC2

PLI CONFIDENTIEL

Code : AAEN0400

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme : *Neska Delghazi* 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 :

..... *Décollement de Rétine de l'OD^{tr}*

TRAITEMENT PROPOSE :

..... *Chirurgie de décollement vitréo-rétinien + tamponnement interne + endocoagulation*

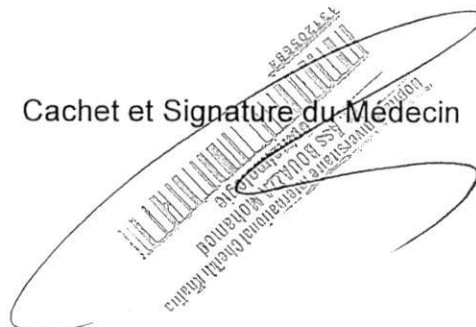
DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

..... *D 308 + D 305 (K₂₁₅)*

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

Casablanca, le *16/11/19*

Cachet et Signature du Médecin





Casablanca, le 19/11/2019 في الدار البيضاء، في

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
MED TAIEB NACIRI
BP 82403 OUM RABII

20220 CASABLANCA

CNSS

070034668

AMO



Réf : N° d'immatriculation 166593817

Nom et prénom de l'assuré : BELGHAZI MOSTAFA
R3302

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro
70034668 , reçu le 16/11/2019, nous vous faisons
part de notre accord concernant :

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم 70034668
والذي وافيتمونا به بتاريخ 16/11/2019 نطلعكم على
موافقتنا بخصوص

Le bénéficiaire

BELGHAZI MOSTAFA

المستفيد

L'établissement

090061862

المؤسسة العلاجية

Le montant

7280,00Dhs

المبلغ

La validité de prise en charge

du 19/11/2019 au 18/12/2019

صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de
remboursement à déposer impérativement dans un
délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de
sortie du patient de votre établissement et ce, pour
vous permettre de bénéficier du règlement des frais
d'hospitalisation selon les conditions et modalités
fixées par voie réglementaire.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه
في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ خروج المريض من
مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع
مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي
يحددها القانون

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des
soins dans les délais sus mentionnés rend la présente
attestation sans effet.

كما نثير انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل
الأجل المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة
صلاحيتها

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de
nos salutations distinguées.

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا

مصلحة الموافقة المسبقة و التحمل
Service Entente Préalable et Prise en Charge

S/R: CRO

S/R:

S/R:

S/R:

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° **143488** / 2019 du 22/11/2019

Nom patient **BELGHAZI MOSTAFA**

Entrée **21/11/2019**

Prise en charge **CNSS**

Sortie **22/11/2019**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant Adh
PRESTATIONS				
COMPLEMENT CHAMBRE INDIVIDUELLE	1,00		700,00	700,00
SEJOUR ACCOMPAGNANT	1,00		400,00	400,00
K210	1,00	F	16 800,00	9 520,00
			Sous-Total	10 620,00

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :	
DIX MILLE SIX CENT VINGT DIRHAMS	Total 10 620,00

Total facturé au patient
 Montant pris en charge par l'organisme
 Montant ticket modérateur à charge du patient

17 900,00
7 280,00
10 620,00

Encaissements patient

Espèces **10 620,00**
 Chèque
 Carte bancaire
 Solde **0,00**

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel : 05 29 03 52 45
 Fax : 05 29 80 44 77
 E-mail : contact@hckm.hck.ma
 N° INP 090061862

0