

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Prothésiste :

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.

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

N° P19-0049133

Optique *MF-30675* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **01950** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **LAYALI BRAHIM**

Date de naissance : **25/11/48** Habituelle

Adresse : **RESIDENCE TADAMOUNE Rue 7**

VILLA 44 OULFA CASABLANCA

Tél. : **25 22 9097 61** Total des frais engagés : **5800,- Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **13/02/2020**

Nom et prénom du malade : **LAYALI BRAHIM**

Age : **72**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **colite x périn-pancréatique**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

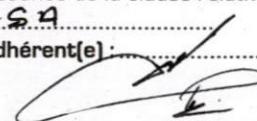
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **28/06/2020**

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|--|--------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/01/2014 05/09/2014 01/09/2014 09/09/2014 18/09/2014 | Acte de la maladie | 03 | 300.000 | X |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
| Service Radiologie Hôpital Chérif Khadidja Djerba | 14/02/2016 | Drainage Sanguidé | 55,000.00 Dhs |

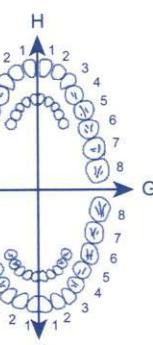
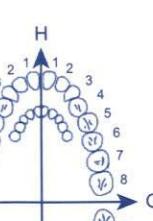
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 d

| 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | $ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $ | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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'EXÉCUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

13/02/20

M. LAYMI BRAHIM

Malade d'un

collection pair pancréatique

stapse-quadri

Hôpital Cheikh Khalifa Ippi Lutte
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66
E-mail : www.hck.ma

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Youssef BENNANI
Hépato- Gastro- Entérologue
INP : 091171850

Casablanca , le

14/02/2020

PATIENT : LAYALI Brahim

MEDECIN TRAITANT

EXAMEN(S) REALISE(S) : **Drainage collection sous scanner**

INDICATION

INDICATIONS

TECHNIQUE et RESULTATS :

- Patient en décubitus dorsal.
 - Examen réalisé après topogramme et coupes axiales centrées sur la zone d'intérêt.
 - Asepsie et Anesthésie locale.
 - Mise en place d'un drain 10 F qui ramène du liquide noirâtre adressé pour examen bactériologique
 - Absence de complication per ou post procédure.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MAHI**

Code INPE: 011051430

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 21 250 / 2020 du 13/02/2020

Nom patient : **LAYALI BRAHIM**

Entrée 13/02/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 13/02/2020

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--|--------|------------|----------------------|------------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i> | | | | |
| - Consultation d'hépato-gastro-entérolog | 1,00 | | 300,00 Sous-Total | 300,00 300,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 300,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

| | | |
|---------------------|--------------|---------------|
| TROIS CENTS DIRHAMS | Total | 300,00 |
| | | |

| Encaissements | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
|---------------|---------|--|--|--|----------------|-------|
| | 300,00 | | | | 300,00 | 0,00 |

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 06 44 77
E-mail: contact@cm.hck.ma
N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **21 673** / 2020 du **14/02/2020**

Nom patient : **LAYALI BRAHIM** Entrée **14/02/2020**

Prise en charge : **PAYANTS** Sortie **14/02/2020**

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|------------------------|----------------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i> | | | | |
| - Drainage scanoguidé | 1,00 | | 5 500,00 Sous-Total | 5 500,00 5 500,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 5 500,00 |

| | | |
|---|--------------|-----------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | Total | 5 500,00 |
| CINQ MILLE CINQ CENTS DIRHAMS | | |

| | | | | | |
|---------------|----------|--|--|-----------------------|--------------|
| Encaissements | Espèces | | | Total encaissé | Solde |
| | 5 500,00 | | | 5 500,00 | 0,00 |

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Scanologie
Tél. (+212) 05 29 00 44 66
E-mail : www.hckm.ma

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Scanologie
Tél. (+212) 05 29 00 44 66
E-mail : www.hckm.ma



Date : 14/02/2020

Quittance - Paiement espèces

458594

IPP :

N° D'admission : 18.3957 Montant : 5500H

Patient : LAYALI Brahim



Cachet