

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.

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° W19-581641

49515

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>MUS1</u>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>SOUSSI MENEBHI LAILA</u>			
Date de naissance : <u>01-09-1974</u>			
Adresse : <u>81 Sud-lancien Belvédère</u>			
Tél. : <u>066485416</u>	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : _____			
Nom et prénom du malade : <u>SOUSSI MENEBHI LAILA</u> Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Aménorrhée</u>			
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 : _____ Le : 1 DEC 2020

Signature de l'adhérent(e) : SOUSSI MENEBHI LAILA



VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-581641
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : <u>MUS1</u>	Nom de l'adhérent(e) : <u>SOUSSI MENEBHI LAILA</u>
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

14/11/2022

Sousc. Hicham BAHRI
Dr. Hicham BAHRI
Réanimation - Urgences
Traitement de la Douleur
090061862

Bilirubine (D.I.T)

- Test de Combs direct
- Haptoglobine
- LDH
- NFS + PLQ
- ASAT - ALAT

Dr. Hicham BAHRI
Réanimation - Urgences
Traitement de la Douleur
090061862

FACTURE

N° 112 579 / 2020 du 14/11/2020

Nom patient : SOUSSI MENEBHI LAILA

Entrée 14/11/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 14/11/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0560	672,00	672,00
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	972,00
PHARMACIE	1,00		30,47	30,47
			Sous-Total	30,47
Total Frais Clinique				1 002,47

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX DIRHAMS QUARANTE-SEPT CENTIMES

Total 1 002,47

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 002,47				1 002,47	0,00

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSUMMEE

14/11/2020
18:47

Nom Patient : SOUSSI MENEBHI LAILA		Numéro dossier : 2000272489			
Date	Produit consommé	Nº BS	Quantité	Prix Unit.	Total
14/11/2020	SERINGUE 10ML	964848	1,00	0,84	0,84
14/11/2020	CHLORURE DE SO 0,9%Po250 Injecta (01)	964909	2,00	13,10	26,20
14/11/2020	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	964909	1,00	3,43	3,43
				Total pharmacie	30,47

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: +216 70 43 53 43
Fax: +216 70 29 00 44 77
E-mail: contact@hckz.tn
N° 10 Avenue de la Tunisie 1000 Tunis

Date	Nº Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
14/11/2020	2000272489	LIMS	Bilirubine(directe,indirecte et totale)	1	1,20	84,00
14/11/2020	2000272489	LIMS	Gamma G.T (GGT)	1	1,20	60,00
14/11/2020	2000272489	LIMS	Haptoglobine	1	1,20	180,00
14/11/2020	2000272489	LIMS	Lactate Déshydrogénase (LDH)	1	1,20	60,00
14/11/2020	2000272489	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
14/11/2020	2000272489	LIMS	Test de Coombs direct	1	1,20	72,00
14/11/2020	2000272489	LIMS	Transaminases(ASAT,ALAT)	1	1,20	120,00
					Total	672,00

Hôpital Saint-Louis
Tel.: 05 29 77 53 45
Fax : 05 29 77 53 46
E-mail : contact@slm.hcm.fr

Casablanca, le

18/11/2020

COMPTE RENDU

Dr. Hicham BAHRI
Réanimation - Urgences
Traitement de la Douleur
090061862

Je soussigné, Certifie avoir examiné

Mr/Mme SCASSI MENEBHI LAÏLA Le : 14/11/2020

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de Anémie Sévère

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitementsymptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio
- Echographie
- Scanner
- IRM
- Autres :

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

*Par un complément
PFC*

Cachet du Médecin

Dr. Hicham BAHRI
Réanimation - Urgences
Traitement de la Douleur
090061862

Date : 14/11/2016

Quittance - Paiement espèces

0524017

IPP :

N° D'admission : Montant :

Patient : *Saïd Ben Zaid* 1000

Cachet

Le Cheikh Khalifa bin Zaid
03 53 45 44 77
saikin.hct.ma
1862