

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

- Reclamation : 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-581641

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11451 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

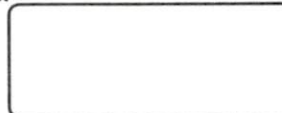
Nom & Prénom : SOUSI MENERBI LAILA

Date de naissance : 01.09.1974

Adresse : 81 Sud-Lancien Berberthud

Tél. : 070668546 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SOUSI MENERBI LAILA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Aménie

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 :

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

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 : 11451

Nom de l'adhérent(e) : SOUSI MENERBI LAILA

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 01 DEC 2020

MUPRAS
ACCUEIL

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 JA 2080	Voir fact N° 112		53967,50	INP : [] [] [] [] [] <i>Hichem BAHAR</i> Maison - Université Ant de la Doune 061862

[illegible]

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

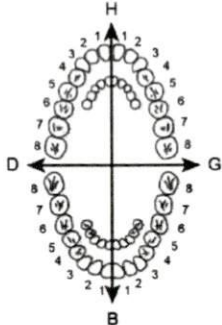
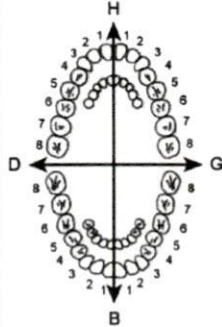
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	B	
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

14/11/2020
Dr. Hicham BAHRI
Réanimation - Urgences
Traitement de la Douleur
090061862
SOUSSE / MENEZBHI (A) LA

- Bilirubine (D.I.T)
- Test de Coombs direct
- Haptoglobuline
- LDH
- NFS + PLQ
- ASAT - ALAT

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

F A C T U R E

N° 112 579 / 2020 du 14/11/2020

Nom patient : SOUSSI MENEHBI LAILA

Entrée 14/11/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 14/11/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 E-mail: contact@ickm.hck.ma
 Hopital - N°IMP 090061862
 05 29 03 53 45
 05 29 00 44 77
 05 29 00 44 77

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

14/11/2020
18:47

Nom Patient	: SOUSSI MENEHBI LAILA	Numéro dossier :	2000272489
-------------	------------------------	------------------	------------

Date	Produit consommé	N° 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.: 03 53 41 11 11
Fax: 03 53 29 00 46 77
E-mail: contact@hkh.gov.qa
N°142 007 000 000

Date	N° 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 Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 33 45
Fax : 05 29 06 44 77
E-mail : contact@hokm.hokm.ma
N° WU 0901610

SERVICE DES URGENCES

Casablanca, le

18/11/2020

COMPTE RENDU

Je soussigné,

Certifie avoir examiné

Mr/Mme

SOUSSE, MENECHI LAILA

Le :

14/11/2020

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de

Anémie sévère

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

☒ Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio
- Echographie
- Scanner
- IRM
- Autres :

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Pour complément
PFC

Cachet du Médecin


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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 14/11/20

Quittance - Paiement espèces

0524017

IPP :

N° D'admission : Montant : 2412

Patient : Sami Oued Bahr Lolo

Cachet

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
28 03 53 45
03 44 77
@chkhck.ma
03 44 77 1862