

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.

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.

Prothèse 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

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° P19- 049022

ND. 52985

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1417 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : WASMIH MOHAMED

Date de naissance : 10/01/1949

Adresse : 33 Rue 131 GRP N QUARTIER OULFA
CASA

Tél. : 0677066053 Total des frais engagés : 4234,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/01/2020

Nom et prénom du malade : WASMIH MOHAMED Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Casa Le : 10/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 Soins
11/12/20				
18/12/20	Fournir des		4000Dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	11/12/20	142.20
	15/12/20	37.60
	18/12/20	54.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

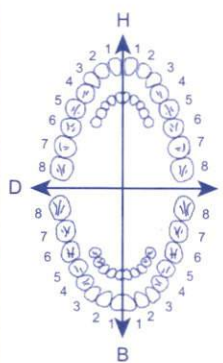
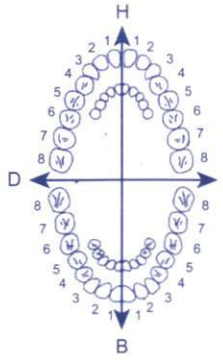
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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'EXECUTION

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
Mr ZEKRI Abdelâti
Docteur en Pharmacie

220/222/224, Bd Oued Moulouya
 El Oulfa – CASABLANCA
 Tel : 05.22.90.51.13
 TP : 36001574
 ICE : 002291220000071

Casablanca le 11/11/2020
 Nom : WASMIH
Mohamed

INPE: 092038868 **FACTURE**

QTE	PRODUIT	P.U	TOTAL
1	Meteospasmyl S.V.	110	
1	Doliprane 1g S.V.		
INPE: 092038868 ICE: 002291220000071 Casablanca Tel: 0522.90.51.13 220/222/224 Bd Oued Moulouya El Oulfa Docteur en Pharmacie ZEKRI Abdelâti PHARMACIE WILAYA MOULOUYA			
			
			
TOTAL			<u>56.110</u>



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

12/11/2020



2000284867 / 1807191407575A

Prénom : Mohamed

Nom : WASMIH

DDN : 10/01/1948 E: 18/12/2020

Service : ENDOSCOPIE (NA)

PAYANT

Sexe : M

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Youssef BENNANI
Hépatologie - Gastro-Entérologie
INP : 09171850

142.20

fortrans.

une Boîte



PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
ZEKRI Abdelhak
Docteur en Pharmacie
22-224 Bd Oued Boufouja El Oulfa
Casablanca - Tél : 0522 90 51 13
002291220000071

T = 142.20

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Youssef BENNANI
Hépatologie - Gastro-Entérologie
INP : 09171850





وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

18/12/20

IXASMIN

MDHAMED

PHARMACIE WILAYA MOHAMED
ZEKRI Abdel
Docteur en Pharmacie
220-222-224 Bd Oued Moussou El Oulfa
Casablanca Tel: 0522.90.51.13
ICE: 002291220000071

34.60

LYSANKIA

N15445



5 goutte d'eau d'1 mois
5 goutte en bouche

puis consultation

i = 34.60

LOT
PER
PPV

37,60

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

17/12/20.

M^r WASSMIH MOHAMMED

F.O. G.D + Coloscopie

- Epigastralgies chroniques
- Douleur abdominale aigue
- ANOVAIR - Amy non chifft

Hôpital Cheikh Khalifa Ben Zaid
Dr. Youssef BENNANI
Hépatogastro-entérologue
INP : 091171850

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

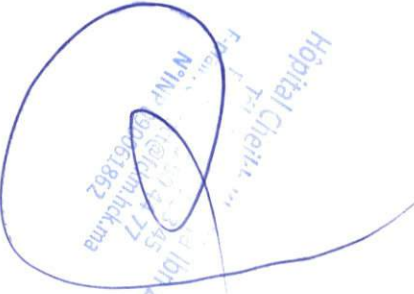
Reçu de caisse

N° : 2012181156080730 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000284867	WASMIH MOHAMED	18/12/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BMCE BANK/ N° 9152884 Lui-même	4 000,00
PAYANT	Total payé	4 000,00
QUATRE MILLE DIRHAMS		

Reçu établi par : SAL.SAD


Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
N° 181156080730 / 1 / 0
18/12/2020
WASMIH MOHAMED

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 125207 / 2020 du 18/12/2020

Nom patient	WASMIH MOHAMED	Entrée	18/12/2020
	PAYANTS	Sortie	18/12/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FIBROSCOPIE+COLOSCOPIE	1,00	F	4 000,00	4 000,00
			Sous-Total	4 000,00
Total Clinique				4 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	4 000,00
QUATRE MILLE DIRHAMS		

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 03 53 45
 E-mail: contact@icthm.hdm
 N° INP: 090061862



Casablanca, le vendredi 18 décembre 2020

FIBROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODENALE

Identification du Patient	Informations administratives
Nom : WASMIH	Médecin traitant :
Prénom : Mohamed	Service : Hépatogastro-entérologie
Age : 71 ans	IPP du patient : 180719143757SA

INDICATION :

Epigastralgies chroniques
amaigrissement, anorexie

RESULTAT :

Œsophage:

- Muqueuse normale
- Ligne Z régulière à 43 cm des AD

Estomac:

- Lac muqueux clair
- Muqueuse fundique: érythémateuse, plissements fundiques harmonieux Biopsies
- Muqueuse antrale: congestive, érythémateuse et blanchâtre. Biopsies.
- Rétrovision: normale
- Pylore centré, bien franchi.

Bulbe: sans anomalies

D1+D2: sans anomalies

CONCLUSIONS :

Gastrite fundique érythémateuse.

Gastrite antrale érythémato-blanchâtre.

Signature :



Casablanca, le vendredi 18 décembre 2020

COLOSCOPIE TOTALE

Identification du Patient	Informations administratives
Nom : WASMIH	Médecin traitant :
Prénom : Mohamed	Service : Hépato-Gastro-Entérologie
Age : 71 ans	IPP du patient : 180719143757SA

INDICATION :

Douleurs abdominales
Anorexie, amaigrissement

PREPARATION :

Bonne: BOSTON 9

RESULTAT :

- Ascension jusqu'au bas fond caecal avec cathétérisme de la dernière anse iléale
- Rectum, Sigmoides, Colon gauche, Colon transverse, Colon droit, Coecum : sans anomalies
- DAI : sans anomalies

CONCLUSIONS :

Iléo-coloscopie normale

Signature :