

# 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° P19- 066731

152359

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3073 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ESSAKH BRAHM

Date de naissance : 01-07-1953

Adresse : Résidence ATTADMOUIN - Rue 7 - N° 45

SL OULFA - CASABLANCA

Tél. : 0663423186 Total des frais engagés : 1521,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/02/2023

Nom et prénom du malade : ESSAKH BRAHM Age :

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

Nature de la maladie : Fracture cheville gauche

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 : 26/02/23

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 Actes
06/02/2023	CS		30000	
2023				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARANAZ SARLAU 140 Lot Smirakha Usanfa Casablanca Tél/Fax: 05 22 65 2007	06/02/2023	1041,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/02/2023	CS	18000

# 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 :

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														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[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'EXECUTION

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

08/02/2020

ES - SARAZ

BRATH

① Novex elyze / 1000

347.00 x 3

1041.00

PHARMACIE SARANAZ  
S.A.R.L. A-U  
140 Lot Smiraida Lissafra  
Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 65 20 07



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Agrege ALIBRISSI Najib  
Orthopédie - Traumatologie



071153902

223324  
092024  
347,3004

OT  
P  
P  
E



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

06/02/2023

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Agrégé ALIBISSI Najib  
Orthopédie - Traumatologie  
071153902

ER SAKH

BRAN

Pr. Cheikh Zaid

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 74 66  
E-mail : www.hck-rckm.ma

1/1

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Agrégé ALIBISSI Najib  
Orthopédie - Traumatologie

071153902



CASABLANCA, le 06/02/2023

PATIENT: ES-SAKHI BRAHIM

## **Rx CHEVILLE GAUCHE F/P**

Control sous plâtre d'une fracture de la malléole externe, en voie de consolidation.

Minéralisation osseuse normale.

Interligne articulaire respectée.

Discrète épine calcanéenne.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr HABI**

Dr. Mohamed  
Chérif en Radiologie  
Diagnostic et Interventionnelle  
Hôpital Universitaire  
Cheikh Khalifa Ibn Zaid - Casablanca  
BP 82403 - Casablanca 10 - Maroc  
Tél. : 01 21 21 14 30



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 18 405 / 2023 du 06/02/2023

Nom patient : **ES-SAKHI BRAHIM**

Entrée 06/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 06/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DE LA CHEVILLE DE FACE ET D	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	180,00
Total Frais Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

Total 180,00

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		180,00	180,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Service de Radiologie  
 Tel : 05 29 03 53 45  
 E-mail : www.hck-icim.ma

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2302061641121041 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300635145	ES-SAKHI BRAHIM	06/02/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	003421	180,00
PAYANT	Total payé	180,00
CENT QUATRE-VINGTS DIRHMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		


Reçu établi par : SOU.CHA

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Services Radiologie  
Tél : (+212) 0529 10 44 66  
E-mail : w.hck-hckm.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 06/02/2023

**BILLET D'ADMISSION**

N° admission	 2300635068
Nom patient	ES-SAKHI BRAHIM
Médecin	PR. AL IDRISSE NAJIB
Motif	CONSULTATION DE TRAU
Encaissement	0,00

*Visa accueil*

SOF.OUB 15:30

Hopital Universitaire  
Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Consultation Chirurgie

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 18 319 / 2023 du 06/02/2023

Nom patient : **ES-SAKHI BRAHIM**

Entrée 06/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 06/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hôpital Universitaire International  
Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Consultation Chirurgie



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 06/02/2022

Quittance - Paiement espèces 0749872

IPP : .....

N° D'admission : 2320635068 Montant : 2000 A

Patient : BS-Salahi Bohrim

Payé par : lui même

Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 06/02/2023

Quittance - Paiement espèces 0749872

IPP : .....

N° D'admission : 2300635068 Montant : .....

Patient : BS - Sakhi Baohi .....

Payé par : lui même .....



Cachet



SANS CONTACT



06/02/23

16:09:50

9900397770

93977701

HOP CHEIKH KHALIFA G3

Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxx5026

CARTE NATIONALE

0F3BBEE245EB1619

220-0-9999-1-44

MONTANT: 180,00 MAD

NUM TRANSACTION 015

NUM AUTORISATION 0X0502

STAN 003421

DEBIT

Le CMI vous remercie

---

TICKET A CONSERVER

COPIE CLIENT