

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-804653

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : **003668** Société : **RAM**

Matricule : **003668** Société : **RAM**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **AB**

Nom & Prénom : **BEKASS Mohamed**

Date de naissance : **04.08.1960**

Adresse : **CASABLANCA**

Tél. : **0661511492** Total des frais engagés : **502,20** Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **BEKASS MOHAMED**

Nom et prénom du malade : **BEKASS MOHAMED** Age : **62**

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

Nature de la maladie : **Affection chronique**

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** Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Le : **10/06/2023**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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
19.05.23	1/1 <sup>re</sup> Facture		480,00	INP : <input type="text"/>
	N° 7033/23			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/05/23	22,20

# 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
		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 canalaire, 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 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H		G																						
25533412	21433552	00000000	00000000																					
00000000	00000000	00000000	00000000																					
00000000	00000000	00000000	00000000																					
35533411	11433553																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 22DH20  
PER: 03/25  
LOT: M971



LITAIRE  
SHEIKH KHALIFA  
IN RECHERCHE

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة  
بحث تكوين علاج



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

18/05/2023

Dr BELKHA  
Hôpital universitaire international Cheikh Khattra  
Dr MOUSSAS MUSTAPHA  
CHIEF DE SERVICE URGENCES SAMU  
10114037

22,20  
+ Codolipine  
2 - 1 - 2 JA  
puis 1 - 1 - 1

Dr L'OCLE  
Rue d'Alger  
Dar Boussouf  
Tél : 05 22 99 08 29  
RC : 39936019 - 32960411

Dr MOUSSAS MUSTAPHA  
CHIEF DE SERVICE URGENCES SAMU  
Hôpital universitaire international Cheikh Khattra  
10114037

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 70 333 / 2023 du 19/05/23

Nom patient : BELKASS MOHAMED

Entrée 19/05/23

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 19/05/23

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
RADIOGRAPHIE DU GRIL COSTAL	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	480,00
Total Frais Clinique				480,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
QUATRE CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total 480,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			480,00		480,00	0,00

*(Signature)*

Tél : 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 22 89 28 54  
 e-mail : contact@hkh.ma  
 hkh.ma





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة  
علاج تكوين بحث



CASABLANCA, le 19/05/2023

PATIENT : BELKASS MOHAMED  
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Grill costal**  
IPP : **151002100326SA**  
DATE NAISSANCE : **04/08/1960**  
NUMERO DOSSIER : **2300687575**

**Examen réalisé en technique numérique.**

- Absence d'anomalie costo-vertébrale à caractère traumatique.
- Transparence pulmonaire normale.
- Culs de sac pleuraux libres.
- Silhouette médiastino-cardiaque sans particularité .

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr EL BENDADI Wafaa**

Docteur Aziz Nouredine  
Professeur de Radiologie  
INPE 101110468

**Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid**

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,

BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

[www.hck.fckm.ma](http://www.hck.fckm.ma)



**Fondation  
Cheikh Khalifa Ibn Zaid**

ROYAUME DU MAROC

Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

: BELKASS  
MOHAMED

Casablanca le

: 19/05/2023

BILAN

RADIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe : ☒ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

• RADIO STANDARD :

du goil costal

☐ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER

: .....

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat : .....

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM

: .....

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des  
urgences

FONDATION CHEIKH KHALIFA IBRAHIM ZAID  
Pr. MOUSSA IBRAHIM ZAID  
Directeur de Service  
401106037