

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.

N° W21-804653

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 003668 Société : RAM			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>N.D. 165</i>
Nom & Prénom : BELKASS Mohamed			
Date de naissance : 04.08.1960			
Adresse : Residenee Eden tamaris 5C1 CASABLANCA Tunisie			
Tél. : 0661511492 Total des frais engagés : 502,20 Dhs			

Cadre réservé au Médecin FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID Pr MOUSSAIR MUSTAPHA Directeur de Spécialité - Urgence			
Cachet du médecin :			
101106037			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : BEL'KASS DOHADJI Age:			
Lien de parenté : Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affection chronique (Thérapie)			
En cas d'accident précisez 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 20/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : *De W*

Le : 20/06/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/05/23	22,20
ROUTE DE L'EST 10 DAR BOUTE BP 10603 39936 SAINT- MATHIEU	PC : 39936-4 161	

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p><i>Service Radiologie</i> Tél : (+212) 0529 00 11 11 E-mail : www.hopital-marrakech.com</p>			

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

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



UNIVERSITAIRE
SHEIKH KHALIFA
RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
عاجج تكنون بحث

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

18/05/2023



~~22,20 + Codoleptine~~ **A'S**
~~2 - 1 - 2 JA~~

~~puis 1 - 1 - 1~~



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

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

Le: 19/05/2023 à 14:57
Fax: 05 25 44 47 77
Tél: 05 25 44 47 77
Email: info@hckz.ma



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

Dr EL BENDADI Wafaa
INPE: 101110468
Professeur de Radiologie
Docteur Aziz Nourreddine

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.fkkm.ma

Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

: BELKASS
ЛОННАЕД

Casablanca le

: 19/05/2023

BILAN

RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : M F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

.....
.....
.....

*.....
.....
.....*

• RADIO STANDARD : *du gril costal* FACE PROFIL

.....

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

 Avec injection Sans injection

Créat :

BHCG : Positive négative

• IRM :

 Pacemaker Dispositif métalliqueSignature et cache du médecin des
urgencesFONDAZIONE HOSPITAL INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
Pr. MOUSSA IBN ZAID
Directeur des urgences
101106037