

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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



## Déclaration de Maladie

M23- N° 0040330

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4116 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : FAIKI LATIFA  
Date de naissance : 01/06/1959  
Adresse : 21 ALLAYMOUNE CASA  
Tél. : 0668487546 Total des frais engagés : 180 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. BENAMEUR Hamza  
Pr Agrégé en  
Traumatologie Orthopédie  
INPE 091211201  
Tél: 0661.195.177

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : FAIKI LATIFA Age:  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Dolor latro scapulae dte  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : Le :  
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

Pr. BENAMEUR Hamza  
Pr Agrégé en  
Traumatologie Orthopédie  
INPE 091211201  
Tél: 0661 195 177

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

10/01/24 RaThorax AP 180,000.14

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM      PC      IM      IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

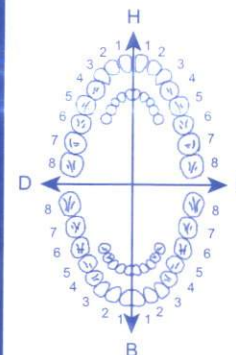
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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

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



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

09/01/2024

FAIK i Latifa

Rx grill Costal fac

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd  
Service Radiologie  
Tél: (+212) 0529 00 44 66  
Fax: (+212) 0529 00 44 66  
Email: hck-fckm.mc

Pr. BENAMEUR Hamza  
Pr Agrégé en  
Traumatologie Orthopédie  
NPE: 091211201  
Tél: 0661 195 177

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 5 549 / 2024 du 10/01/2024

Nom patient : **FAIKI LATIFA**

Entrée 10/01/2024

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 10/01/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DU THORAX DE FACE ET DE PRO	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	180,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>180,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	<b>Total 180,00</b>

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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 44 66  
E-mail : [info@hopital-ckibz.com](mailto:info@hopital-ckibz.com)

Reçu de caisse

N° : 240110165409KA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400810685	FAIKI LATIFA	10/01/2024
Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	009443	180,00
	Total payé	180,00

Reçu établi par :KAWFAT



10/01/24 16:48:20  
9900398067  
93980601  
HOP CHEIKH KHALIFA G12  
Casablanca

A0000000031010  
APP : VISA  
MME FAIKI LATIFA  
xxxxxxxxxxxx6104  
11/25 CARTE NATIONALE  
3698172CD5040CA9  
221-0-9999-1-44

MONTANT: 180,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 025  
NUM AUTORISATION: 051158  
STAN : 009443

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 443  
E-mail : hopital.khalifa@casablanca.ma





CASABLANCA, le 10/01/2024

PATIENT : FAIKI Latifa

IPP : 170105033411KA

DATE NAISSANCE : 01/04/1959

NUMERO DOSSIER : 2400810685

## RX Poumon F

Transparence parenchymateuse normale.

Culs de sac pleuraux libres.

Silhouette cardio médiastinale normale.

En vous remerciant de votre confiance  
Signé : **Dr EL BENDADI Wafaa – Dr BENFAIDA**

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr EL BENDADI WAFEE  
Radiologie  
06130421R

