

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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 caractére 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](http://www.mupras.com)

33661

**Déclaration de Maladie : N° S19-0000455**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 20999 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Moumou Khadija Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/07/2020

Nom et prénom du malade : Moumou Khadija Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cataracte

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

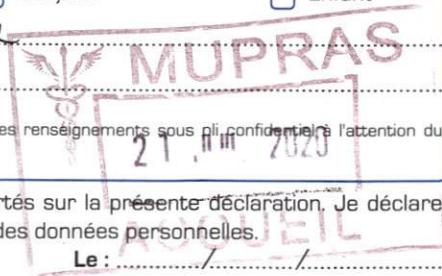
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 21/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE 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
02/07/2020	cs		CG	ASS BOUARA Mohamed Dokhla Signature
02/07/2020	cs		300.000 DT	Hôpital Universitaire Prof. F. DIB Signature

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 02/07/2022		échaf. & optie	500,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE 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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le : 02/07/2020

Moummou Khadija

→ échographie oculaire OG

- LA = 24 mm
- cristallin hyperechogène
- vitrè transsonore
- Rétine à plat.

→ Oeil droit :

cristallin hyperechogène, vitrè transsonore  
répine à plat



→ échographie oculaire  
normale

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

08/07/2020

Naoum Khadiga

Abnante oache Blanche

Echographie B

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Ass. BOUZA Mohammed  
Gyné-Obstétrique

11205684

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 62.009 / 2020 du 02/07/2020

Nom patient : MOUMMOU KHADIJA

Entrée 02/07/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/07/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation pré-anesthésique	1,00		300,00 Sous-Total	300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Encaissements						<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
							300,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Email: [hopkhk@chm.ma](mailto:hopkhk@chm.ma) Tel: 05 29 00 33 45  
Fax: 05 29 00 33 45 Email: [090061862@chm.ma](mailto:090061862@chm.ma) N°INP 090061862

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 61 975 / 2020 du 02/07/2020

Nom patient : MOUMMOU KHADIJA

Entrée 02/07/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/07/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE OCULAIRE EN MODE B	1,00	F	500,00 Sous-Total	500,00 500,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>500,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

**Total 500,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	500,00	500,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 03 44 77  
Email: [controle@fcm.hck.ma](mailto:controle@fcm.hck.ma)  
N°INP 090061862

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 20070216220127501 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000223242	MOUMMOU KHADIJA	02/07/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	6890	500,00
PAYANT	Total payé	500,00
CINQ CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ZAHMOU

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel.: 05 29 33 53 45  
Fax: 05 29 30 44 77  
E-mail: contact@ckm.ma  
N°INP 09 061852

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2007021540333700 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000223273	MOUMMOU KHADIJA	02/07/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	000701	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : F.A.T.S.A.F







النقدية

02/07/20 15:37:16  
9900397754  
93977501  
HOP CHEIKH KHALIFA G2  
Casablanca

A0000000031010  
APP : Visa  
EL HAROUCHI /MOHA .  
xxxxxxxxxxxxx1704  
09/21 CARTE NATIONALE  
FA37B608395FA8A4  
200-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 012  
NUM AUTORISATION : 706850  
STAN : 000701

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
POUR LE CLIENT



مراكز الاتصالات

02/07/20 16:18:45

9900398067

93980601

HOP CHEIKH KHALIFA G12  
Casablanca

A0000000031010

APP : Visa

EL HAROUCHI /MOHA.

xxxxxxxxxxxxxx1704

09/21 CARTE NATIONALE

0203F50AAAEDA70A

200-0-9999-1-44

MONTANT: 500,00 MAD

NUM TRANSACTION : 030

NUM AUTORISATION: 709714

STAN : 006890

DEBIT

Le CMI vous remercie