

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

Nº W19-516778

ND: 41590

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **A3239**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ANUAR BADDACH**

Date de naissance : **07.12.1993**

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : **1200,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

**25 SEP. 2020**

Date de consultation

Nom et prénom du malade

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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) :



### 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
10/03/2020	Pr	✓	2000,00	INP : 1011164888 PIAZZANI MEDICAL MOLOGISTE Vendredi 30/03/2020

### EXECUTION DES ORDONNANCES Télequan

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>OPTIQUE MEDIAMEDIA</i>	03/05/2020	1000 DH

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Coller Etiquette De BAF



2000237861 / H0120020290

Prénom : ANUAR

Nom : BADDACH

DDN : 07/12/1993 E: 11/08/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT  
Sexe: M

## BILAN

## RADIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe :  M  F

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

• RADIO STANDARD : ..... *Rachis cervical*

*Hôpital Cheikh Khalifa International Hospital*  
Tel: 05 29 83 53 45  
29 00 44 77  
E-mail: contact@fckm.hck.ma  
N°INP 090061862

FACE

PROFIL

• ECHOGRAPHIE : .....

• SCANNER : .....

Avec injection

Sans injection

Créat : .....

BHCG :  Positive

négative

• IRM : .....

Pacemaker  Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des urgences

Casablanca , le 11/08/2020

PATIENT

: BADDACH ANUAR

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Rachis cervical F/P**

Statique rachidienne conservée.

Canal rachidien de calibre normal.

Corps et disques inter vertébraux de morphologie normale.

Absence de signe d'uncarthrose ou d'arthrose inter somatique.

Disques inter vertébraux de dimensions normales.

Parties molles pré vertébrales d'épaisseur normale.

Absence d'anomalie au niveau des apex pulmonaires.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr AMRISS**

Dr. AMRISS  
Médecin Radiologue

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 77 181 / 2020 du 11/08/2020

Nom patient : **BADDACH ANUAR**

Entrée 11/08/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 11/08/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
RX RACHIS CERVICAL F+P - Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00 1,00		250,00 300,00	250,00 300,00
			Sous-Total	550,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>550,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>550,00</b>

		Carte Bq	Total encaissé	Solde
Encaissements		1 080,00	1 080,00	-530,00

Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid  
Tel: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 03 53 47  
E-mail: [comptes@hck.ma](mailto:comptes@hck.ma)  
Site: [www.hck.ma](http://www.hck.ma)