

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## adiologie 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.

## 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 |

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)

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3264** Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre  
Nom & Prénom : **CHRAIBI faïcal**  
Date de naissance : **1949**  
Adresse : **10111ement allal ben abdellah  
Rue 6 N° 57 OULFA CASABLANCA**  
Tél. : **0666198568** Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **17/12/2019**

Nom et prénom du malade : **CHRAIBI faïcal** Âge : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....  
**Prostate**

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) : .....

## 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                                |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 17/12/19        |                   |                       | + 300,00                        |   |
|                 |                   |                       |                                 | National Universitaire de la Santé et de la Sécurité Sociale<br>PAASS 2020-2021<br>11/01/2021 |

## 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 |
|---|-----------|------------------------------|------------------------|
| <i>Laboratoire National de Référence<br/>Tél : 05 29 85 02 33<br/>E-mail : lab@cnr.fr</i> | 30/3/2014 | 17/18 U9                     | 369,551                |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## 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

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées                            | Nature des Soins                                     | Coefficient |  |
|------------------------------|---|--|-------------|--|
|                              |   |  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX                      |
|                              |   |  |             | MONTANTS DES SOINS                           |
|                              |   |  |             | DEBUT D'EXECUTION                            |
|                              |   |  |             | FIN D'EXECUTION                              |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |  |             |  |
|                              | H   | 25533412<br>00000000<br>D ————— 00000000<br>35533411 | G           | 21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 |
|                              |   |  |             | 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'EXECU

## Reçu de caisse

N° : 191217095310IL / .

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 1900155384       | CHRAIBI FAICAL | 17/12/2019        |

| Mode paiement | Références du paiement    | Montant Dhs   |
|---------------|---------------------------|---------------|
| Chèque        | SG N° 4506684<br>Lui-même | 300,00        |
|               | <b>Total payé</b>         | <b>300,00</b> |

Reçu établi par : H.H.FIR



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 154022 / 2019 du 17/12/2019

|             |                |        |            |
|-------------|----------------|--------|------------|
| Nom patient | CHRAIBI FAICAL | Entrée | 17/12/2019 |
|             | PAYANTS        | Sortie | 17/12/2019 |

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant       |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| - Consultation d'urologie   | 1,00   |            | 300,00        | 300,00        |
| <b>Total Clinique</b>       |        |            |               | <b>300,00</b> |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

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



## HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## CASABLANCA

## Reçu de caisse

Nº: 19121709023623201 / 1 / 0

| Numéro admission |                | Nom du patient |  |  | Date encaissement |
|------------------|----------------|----------------|--|--|-------------------|
| 1900155312       | CHRAIBI FAICAL |                |  |  | 17/12/2019        |

| Mode paiement | Références du paiement     | Montant Dhs |
|---------------|----------------------------|-------------|
| Chèque        | N 4506683 SGMB<br>Lui-même | 360,00      |
| PAYANT        | Total payé                 | 360,00      |

Reçu établi par : SALJAR

12.07.2017 02:23  
www.hck.ma

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

**F A C T U R E**

N° 153 965 / 2019 du 17/12/2019

Nom patient : **CHRAIBI FAICAL** Entrée 17/12/2019

Prise en charge : **PAYANTS** Sortie 17/12/2019

|                             | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant       |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i> |        |            |               |               |
| EXAMENS BIOLOGIE            | 1,00   | B0300      | 360,00        | 360,00        |
|                             |        |            | Sous-Total    | 360,00        |
| <b>Total Frais Clinique</b> |        |            |               | <b>360,00</b> |

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

**TROIS CENT SOIXANTE DIRHAMS** **Total** **360,00**

| Encaissements | Chèque        |  | Total encaissé | Solde       |
|---------------|---------------|--|----------------|-------------|
|               | <b>360,00</b> |  | <b>360,00</b>  | <b>0,00</b> |

Ref Chq : N 4506683 SGMB/

*Spécialités*

Cytogénétique  
Biologie moléculaire  
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire  
Biologie médicale  
Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 151008151631GH

Date de naissance : 01/01/1949

Sexe : M

Date de l'examen : 17/12/2019

Prélevé le : 17/12/2019 à 09:07

Édité le : 17/12/2019 à 11:07

**Mr CHRAIBI FAICAL**

**Dossier N° : 19123101**

**Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT**



## MARQUEURS TUMORAUX

Échantillon primaire: Sérum

|   |   |            |       |                            |
|---|---|------------|-------|----------------------------|
| PSA TOTAL<br>(Chemiluminescence / Architect Ci4100) | : | 0.31 ng/ml | < 4.0 | 0.44 ng/ml<br>(18/09/2018) |
|---|---|------------|-------|----------------------------|

Note : le toucher rectal, le massage prostatique, une biopsie, augmentent transitoirement les taux du PSA

Le 17/12/2019 à 11:07  
Signature

Dr. SMIYEJ IMANE

Hôpital Cheikh Khalifa

Dr. Imane SMIYEJ

Médecin Biologiste

**Laboratoire National de Référence**

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

Laboratoire National de Référence  
Tél: +212 529 050233

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

17/12/18

CHR Dr Bni for anal

PSA

• Maroc National de Référence  
tel : 05.29.05.02.33  
Email : 13ho@icln.hck.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Ass. HEDDOU ABDERRAHIM  
VASCULOGISTE

011 177 56 66

