

# 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.

## 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.

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## Déclaration de 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

Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
TÉL : 05 22 70 10



## Déclaration de Maladie : N° P19-0019555

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

22962

RAN

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 986S

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JELLINE ADIL

Date de naissance : 10.10.66

Adresse : 79 Hélène de Juan ISBN 1718801

Tél. : 066.1200346

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MRABAT E WAFAE  
Pedi

Date de consultation :

2000162056 / H0120000026

Nom et prénom du ma.

Prénom : Ahmed Jad

PAYANT  
Sexe: M

Age: .....  
 Enfant

Lien de parenté :

Nom : SENHAJI

Nature de la maladie :

DDN : 02/12/2009 E: 01/01/2020

En cas d'accident précise

Service : PEDIATRIE (NA)

causes et circonstances :

remarque

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

WAFAE

DR. MRABAT E WAFAE

## 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     |
|-----------------|--------------------------|-----------------------|--|--|
| 07/07/2020      | Consultation + pharmacie | 2                     | 300 Fcfa<br>110 Fcfa<br>Total = 301,80 | B. Ndiaye<br>Signature : ...<br>Date : 2020-07-07<br>Médecin : ... |
|                 |                          |                       |  |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| oN.1/20   | Btr  |                              | 180,-                  |

## 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 l'ORL.

| 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>00000000<br>35533411 | G           | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              | D   | 21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 | B           | 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

Coller Etiquette De BA

Nom et prénom

Casablanca le

2000162056 / H012000026  
 Prénom : Ahmed Jad  
 Nom : SENHAJL  
 DDN : 02/12/2009 E: 01/01/2020  
 Service : PEDIATRIE (NA)

  
 PAYANT  
 Sexe: M

## BILAN BIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... kg

Sexe :  M  F

● **Hémato, coagulation :**

NFS - Pq

Groupage - Rhésus

RAI

TP - TCK

INR

D-DIMERES

● **Bilan Hépato-pancréatique :**

ASAT - ALAT

BC - BN - BT

Gamma GT

PA

LIPASEMIE

● **Bilan Infectieux**

CRP

VS

ECBU

Hémoculture

PCT

● **Bilan cardiaque :**

Troponines

BNP

**Autres :**

● **Bilan Métabolique**

Ionogramme sanguin

Urée - Créatinémie

Glycémie

Signature et caché du médecin  
Des urgences

Dr. MRABAT E. WAFAE

Médical Center

13-15-16-17-18-19-20

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

01/01/2020  
18:23

| Nom Patient :          | SEÑHAJI AHMED JAD                   | Numéro dossier : | 2000162056 |            |             |
|------------------------|-------------------------------------|------------------|------------|------------|-------------|
| Date                   | Produit consommé                    | Nº BS            | Quantité   | Prix Unit. | Total       |
| 01/01/2020             | FLACON DE PRELEVEMENT P.SELLE 120ML | 792606           | 1,00       | 1,87       | 1,87        |
| <b>Total pharmacie</b> |                                     |                  |            |            | <b>1,87</b> |

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel.: 05 29 92 33 45  
 Fax : 05 29 00 44 77  
 E-mail : [ArNP\\_Conseil@chm.hct.ma](mailto:ArNP_Conseil@chm.hct.ma)  
 ArNP 090061862

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N°

**74 / 2020** du **01/01/2020**

Nom patient : **SENHAJI AHMED JAD**

Entrée **01/01/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **01/01/2020**

|                             | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant       |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i> |        |            |               |               |
| EXAMENS BIOLOGIE            | 1,00   | B0150      | 180,00        | 180,00        |
| CONSULTATION PEDIATRIE      | 1,00   | CS         | 300,00        | 300,00        |
|                             |        |            | Sous-Total    | 480,00        |
| PHARMACIE                   | 1,00   |            | 1,87          | 1,87          |
|                             |        |            | Sous-Total    | 1,87          |
| <b>Total Frais Clinique</b> |        |            |               | <b>481,87</b> |

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

QUATRE CENT QUATRE-VINGT-UN DIRHAMS QUATRE-VINGT-SEPT CENTIMES

**Total 481,87**

| Encaissements | Espèces       |  |  |  | Total encaissé | Solde       |
|---------------|---------------|--|--|--|----------------|-------------|
|               | <b>481,87</b> |  |  |  | <b>481,87</b>  | <b>0,00</b> |

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd  
Tel.: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
E-mail: contact@fdcm.hdk.ma  
N°INP 090061862

*Spécialités*

*Cytogénétique  
Biologie moléculaire  
Dépistage néonatal-prénatal*

*Biologie cellulaire  
Biologie médicale  
Anatomie pathologique*

**Identifiant du patient :** H0120000026

**Date de naissance :** 02/12/2009

**Sexe :** M

**Date de l'examen :** 01/01/2020

**Prélevé le :** 01/01/2020 à 15:52

**Édité le :** 01/01/2020 à 18:06

**SENAJAI AHMED JAD**

**Dossier N° :** 20010061

**Service :** URGENCE



## BACTERIOLOGIE

### EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

**MODALITÉ DE PRÉLÈVEMENT**

: Mi-jet

**ASPECT MACROSCOPIQUE**

: Clair

**EXAMEN CYTOLOGIQUE**

Leucocytes

:  $< 10^4/\text{ml}$

$< 10^4/\text{ml}$

Hématies

:  $< 10^3/\text{ml}$

$< 10^3/\text{mL}$

Cellules épithéliales

: Absence

Autres cellules

: Absence

Cylindres

: Absence

Cristaux

: Absence

Eléments fongiques

: Absence

**CULTURE**

Culture sur CLED

:

**Ne pas diffuser au patient**  
**Résultats à considérer sous réserve de validation biologique**

Le 01/01/2020 à 18:06

Signature

NAJI Mina

**Laboratoire National de Référence**

BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma  
L'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.

Date : 01/01/2023

Quittance - Paiement espèces

447313

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : .....

Patient : ..... *Sarah Hage* ..... *300* ..... *HÔPITAL CHEIKH KHALIFA*

Cachet

Admission Facturation

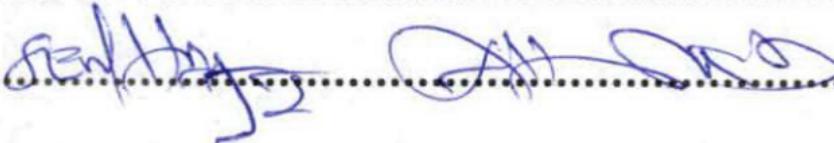
Date : 01/01/2020

Quittance - Paiement espèces

447314

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 130,-

Patient :  ..... 

Cachet

  
Admission Facturation

Date : 01/01/2023

## Quittance - Paiement espèces

447325

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 1.87 .....

Patient : SAAD HAJI KH .....  
SAAD HAJI KH

Cachet

Admission Facturation  
HÔPITAL CHEIKH KHALIFA