

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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 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.

## 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 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

N° P19- 0040238

Optique *ND-96277*  Autres

Dentaire

Maladie Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *7122* Société : *RAD*

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *AL ZEMZOURI Ahmed*

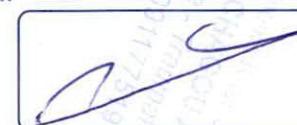
Date de naissance : *20/12/1955*

Adresse : *Boulevard Hassan II - Immeuble APL 6  
Ville Verte - Casablanca*

Tél. : *06 69 77 46 33* Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *13/01/80*

Nom et prénom du malade : *Bennat El Bounina* Age : *65*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *larynx*

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 : *Casablanca*

Le : *6/12/2020*

Signature de l'adhérent(e) :



## VOLET ADHÉRENT

N° P19-040238

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# 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
13/01/2020			300.00	Dr. ASLY Professeur Assistant Médecine Physique Hôpital Cheikh Khalifa 091186381

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Hôpital Cheikh Khalifa Bât. Route Taddart B.A.C.H. 091186381	13/01/2020	300.00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Hôpital Cheikh Khalifa Service de Radiologie Tél: (+212) 22 66 10 00	13/01/2020	Scans 2D	1500,00 DA
			500,00 DA

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Hôpital Universitaire Service de... N° H.P.C. : ...						

## VOLET ADHERENT

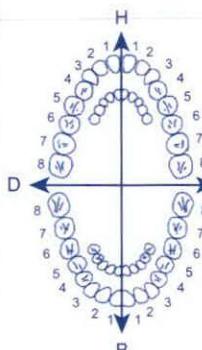
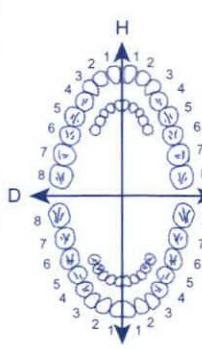
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux	
					
				Montants des Soins	
				Début d'Execution	
				Fin d'Execution	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient des Travaux
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	G	00000000	00000000		
	B	35533411	11433553		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					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 :

13/01/20

Follows

John

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529004466  
E-mail : [www.hck-fckm.ma](http://www.hck-fckm.ma)

lossing  
lossing

E-mail:

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

١٧/١٠/٢٠

Ben mabrouk

echographie

ultrasons

des parties

des parties

Hôpital Cheikh Khalifa International  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529004466  
E-mail : [www.hck-fckm.ma](http://www.hck-fckm.ma)

Ordonnance  
Dr. A. S. CHAGOU Aniss  
Hôpital Cheikh Khalifa, BP 240  
Ordonnance - 09/10/2019  
Tél : +212 529 004 466

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

18/2/16

Mme BON ATTABAOU Mine

116,00

11

HARMAGIC  
9 BIS, Route TADARIT  
BA SADR  
Tél 28.91.67

S. K.

M T

98,00

21

Gel locril 100g

52,00

31

Itérum 500 mg  
x 10 ml

3 700322 548071

Lot n°:

Meilana Pharma FR 94000 Vincennes  
Fabricant FRANCE 21600 Magny-Le-Désert

42,00

41

Calcifix 3

F. ASLY MO.  
Professeur Assistant  
Médecine Physique  
Hôpital Cheikh Khalifa  
INPE - 09118638

X

140 x 20 = 2800

309,00

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casablanca  
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 •

42,00

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

**F A C T U R E**

N° 5 454 / 2020 du 13/01/2020

Nom patient : **BENATTABOU MINA**

Entrée 13/01/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 13/01/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Echographie des tissus mous	1,00		500,00	500,00
- Scanner du rachis lombaire	1,00		1 500,00	1 500,00
			Sous-Total	2 000,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>2 000,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> DEUX MILLE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>2 000,00</b>

		Chèque			Total encaissé	Solde
Encaissements		2 000,00			2 000,00	0,00

Ref Chq : 627816/AWB/

*H*  
*Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid*  
*Hôpital Radiologique*  
*052 00 44 66*  
*www.hck-ickm.ma*

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

N° 5 326 / 2020 du 13/01/2020

Nom patient : BENATTABOU MINA

Entrée 13/01/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 13/01/2020

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

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300,00**

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

Ref Chq : 627812 ATTIJARIWAFA BANK /

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Tél. : 05 29 03 53 45

Fax : 05 29 00 44 77

E-mail : contact@ckm.hck.ma

N°INP 090651862

## Reçu de caisse

N° : 200113120859SO / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000167488	BENATTABOU MINA	13/01/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	627812 ATTIJARIWAFA BANK Lui-même	300,00
	<b>Total payé</b>	<b>300,00</b>

Reçu établi par SOFOUB

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
tél : 0524 253 45  
Fax : 0524 253 477  
E-mail : [casablanca@casablanca.ma](mailto:casablanca@casablanca.ma)  
1, rue Hassan II, Casablanca, Maroc

## Reçu de caisse

N° : 200113133942KH / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000167600	BENATTABOU MINA	13/01/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	627816/AWB Lui-même	2 000,00
	<b>Total payé</b>	<b>2 000,00</b>

Reçu établi par : KHA CHAO

Centre Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
(+212) 0529004466  
www.hck.fkm.mg