

# 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040238

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7122 Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AL ZENN OURI Ahmed  
 Date de naissance : 20/12/1955  
 Adresse : BOULEVARD GOLF CITY IMM 32 Apt 6  
 Ville : VILLE VERDE BOULEVARD  
 Tél. : 0669774633 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/01/20  
 Nom et prénom du malade : Benattabou Nina Age: 65  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Loupe  
 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 : 6/2/2020  
 Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie 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 :



# RELEVÉ 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
13/01/2025		9	300,00	Dr. ASLY Professeur Assistant Médecine Physique Hôpital Cheikh Khalifa 091186387

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TADART Bis. Route Taddart BAJASSA Tél : (+212) 77 10 10 10	15/02/20	309,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Hôpital Cheikh Khalifa Service Radiologie Tél : (+212) 77 10 10 10	14/01/2020	500,00	1500,00
		500,00	500,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Hôpital Universitaire Service N° 1111						

# VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

Dr. Mohamed El Moudjahid

T D N  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529004466  
E mail : [www.hck-fckm.ma](mailto:www.hck-fckm.ma)

l'ensemble  
des examens



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

17/01/20

Benoitob - Ni

échographie

obtenu

2 mm au cul-de-sac

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Service Radiologie  
 Dr. ASS CHAGOU Aniss  
 Tél : 0529004466





وصفة طبية  
**Ordonnance**

18/2/7

Casablanca, le :

M. BOU ATTABOU Mine

116,00

11 Abp gelu sein enflant

HARMACIE ADDART  
9 Bis, Route Tadart  
BACHKOU  
Tél. 28-91-67

98,00

21 Gel l'azul l'opier

52,80

31 Ketum gel

1 app l'ovir

42,20

41 Gelcix B

T. ASLY MO  
Professeur Assistant  
Médecine Physique  
Hôpital Cheikh Kha  
INDP - 09118638

1 cp x 2 h = marte d'az

309,00

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 C

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • v



Lot n°

Médecine Pharmie FR 94300 Vincennes  
Fabricant : FRANCE-61600 Magny-Le-Désert

42,00



## 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
PRESTATIONS INTERNES				
- 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
Total Frais Clinique				2 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE DIRHAMS

Total 2 000,00

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

Ref Chq : 627816/AWB/

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Service Radiologie  
 212) 05 29 03 44 66  
 www.hck-iclm.na

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

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	300,00
			Sous-Total	300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Encaissements		<b>Chèque</b>			<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
		<b>300,00</b>			<b>300,00</b>	<b>0,00</b>

Ref Chq : 627812 ATTJARIWABA BANK /

hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tél.: 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 00 44 77  
 E-mail : contact@hkn.hkn.ma  
 N°INP 090051862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N°: 20011312085950 / .

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
	Total payé	300,00

Reçu établi par SOFCOUB

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél: 05 39 02 53 45  
Fax: 05 39 02 53 77  
E-mail: compta@hkh.ma  
Rue 23 Mars 2002



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## 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
	Total payé	2 000,00

Reçu établi par : KHACHAO

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