

# 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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
**2698**

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : **1307,90** Dhs

Autorisation CNIDP N° : AA-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **24/11/2021**

Nom et prénom du malade : **Boumzairig La houcine** Age : **68**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Cardiopathie**

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 : **CHSA**

Le : **25/11/2021**

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
24/11/2011	Consultation interne Cheikh Khalifa	ECC	350,00 DH	Hôpital Universitaire International cheikh Khalifa Dr. SABRY Mohamed Cardio interne fonctionnelle

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie / Dr. MOUATSIDA Rue 36 Lot 51000 Casablanca	24/11/2011	953,90

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

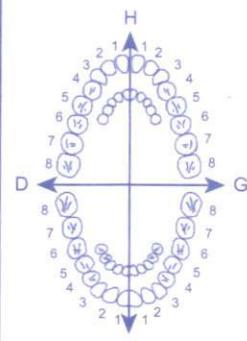
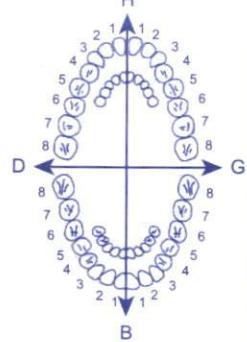
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
D	00000000	00000000	G	
	35533411	11433553		
B				
[Création, remont, adjonction]				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

Lot n° :

EXP :

PPV :

PPV :

PPV :

157,10

157,10

157,10

131.50 x 3

①



TAREG 80

157,10 x 3

②

NOUVEAU  
140,15

30,70 x 3

③

KARDEGIC 75  
181,15

957,90

de 03

Pharmacie AL MOTAHID  
Boulevard Mohamed Taieb Naciri  
Pr. SABRY Mohamed  
Cardio Interventionnelle

Bou MZAF  
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. SABRY Mohamed  
Cardio Interventionnelle

101100311



6118001030316  
TAREG 80 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 131.50 DH

6118001030316  
TAREG 80 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 131.50 DH



101-21E095  
PER : 21/02/2022  
PRF : 22/02/2022  
LOT : 101-21E095  
KARDEGIC 75 MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70



101-21E095  
PER : 21/02/2022  
PRF : 22/02/2022  
LOT : 101-21E095  
KARDEGIC 75 MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabia Casablanca

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

6 118000 061847

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 140 357 / 2021 du 24/11/2021

Nom patient : BOUMZAIRIG LAHOUCINE

Entrée 24/11/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 24/11/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
- Consultation avec électrocardiogramme	1,00		350,00 Sous-Total	350,00 350,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>350,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

**Total 350,00**

Encaissements					Total encaissé	Solde
						350,00

Hôpital Universitaire International  
Cheikh Khalifa  
Consultation Cardiologique

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

CASABLANCA

**Reçu de caisse**

N° : 2111241006072850 / 1 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100426465	BOUMZAIRIG LAHOUCINE	24/11/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	5550 / 5551	350,00
PAYANT	Total payé	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : IMA.JAF





مصرف ملكية خاصة

SANS CONTACT



24/11/21 10:02:25  
99003980 'G  
93980201  
HOP CHEIKH KHALIFA G10  
Casablanca

A00000000411010  
APP : Mastercard  
xxxxxxxxxxxxx7135  
CARTE NATIONALE  
04F83C6D20215489  
220-0-99 00-1-55

MONTANT : 50,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 007  
NUM AUTORISATION : 888368  
STAN : 005551

DEBIT

Le CMI vous remercie



SANS CONTACT



24/11/21 10:01:51

9900398026

93980201

HOP CHEIKH KHALIFA G10

Casablanca

A0000000041010

APP : Mastercard

xxxxxxxxxxxxx?135

CARTE NATIONALE

116F44DF87D38F9E

220-0-9999-1-55

MONTANT : 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 006

NUM AUTORISATION : 209005

STAN : 005550

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT