

## 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.

ALLS 2021

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8361

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELYOUSFI SAMIR

Date de naissance :

15/04/67

Adresse :

N°19 IMY L RESIDENCE NADIA

Tél. :

0661265209

Total des frais engagés

33280 Dhs

Autorisation CND : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin.

Date de consultation :

22/22

Nom et prénom du malade :

REHOUFI HOURIA

Age : 42 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DERMATOSE

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/02/2022

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| 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   |
| 26/02/20                       | C                 |                       | (5)                             | INP : 16.02.24.6<br>UNIVERSITY OF<br>PRASS AGHARIBIA<br>DE MULHOUSE<br>Signature : Cheikh Khalifa<br>Date : 26/02/2020<br>Signature : SAMA ZAHRA |
| 93/02/20                       |                   |                       | (5)                             |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |          |                              |                        |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   | 15/09/22 | B.780.2                      | 936,00 HT              |
| 09-6186   | 19/09/22 | B.063.0                      | 756,00                 |
|   | 09/09/22 | B.136.0                      | 1836,00 DR             |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

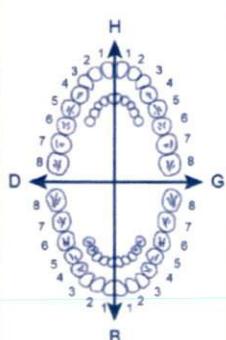
#### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

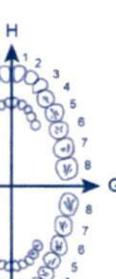
## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

|   |  |          |  |          |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |          |  |  |
|---|--|----------|--|----------|----------|----------|----------|----------|--|----------|----------|----------|----------|----------|--|----------|--|--|
| <p><b>O.D.F</b><br/><b>PROTHESES DENTAIRES</b></p>  | <p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"><b>D</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><b>B</b></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | <b>H</b> |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <b>D</b> |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | <b>G</b> |  | <b>B</b> |  | <p><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/></p> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/></p> <p><b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/></p> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/></p> |
| <b>H</b>  |  |          |  |          |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |          |  |  |
| 25533412  | 21433552   |          |  |          |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |          |  |  |
| 00000000  | 00000000   |          |  |          |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |          |  |  |
| <b>D</b>  |  |          |  |          |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |          |  |  |
| 00000000  | 00000000   |          |  |          |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |          |  |  |
| 35533411  | 11433553   |          |  |          |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |          |  |  |
| <b>G</b>  |  |          |  |          |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |          |  |  |
| <b>B</b>  |  |          |  |          |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |          |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 14/02/2022



2200461051 / 170109101304NA

Prénom : Houria

Nom : REHIOUI

DDN : 16/11/1979 E: 10/02/2022

Service : HOSPI MERE ENFANT (C433)



MUPRAS

Sexe: F

- NFS ; pgf
- ionogramme
- ASAT, ALAT
- YGT, PAL
- bilirubine totale, conjuguée
- CRP
- Tg, TCA
- créat
- glycémie à jeun

( le 15/02/2022 )



## Reçu de caisse

N° : 2202150757042320 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2200462613       | REHIOUI HOURIA | 15/02/2022        |

| Mode paiement           | Références du paiement | Montant Dhs |
|-------------------------|------------------------|-------------|
| CarteB                  | 7751                   | 936,00      |
| PAYANT                  | Total payé             | 936,00      |
| NEUF CENT TRENTE-SIX DI |                        |             |

Reçu établi par : SAL.JAR

ABOZALI...XJDF et de reference  
ref. 0529.05.2022.33  
Email : sal.jar@chmkh.liek.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 18 975 / 2022 du 15/02/2022

Nom patient : REHIOUI HOURIA

Entrée 15/02/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 15/02/2022

|                             | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire        | Montant          |
|-----------------------------|--------|------------|----------------------|------------------|
| PRESTATIONS INTERNES        |        |            |                      |                  |
| EXAMENS BIOLOGIE            | 1,00   | B0780      | 936,00<br>Sous-Total | 936,00<br>936,00 |
| <b>Total Frais Clinique</b> |        |            |                      | <b>936,00</b>    |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF CENT TRENTÉ-SIX DIRHAMS

**Total 936,00**

| Encaissements | Carte Bq | Total encaissé | Solde |
|---------------|----------|----------------|-------|
|               | 936,00   | 936,00         | 0,00  |

La facture a été émise le 15/02/2022  
Toute demande de remboursement doit être effectuée au plus tard le 15/03/2022.  
E-mail : facture@hck.ma

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 27440 / 2022 du 04/03/2022

|             |                |        |            |
|-------------|----------------|--------|------------|
| Nom patient | REHIOUI HOURIA | Entrée | 04/03/2022 |
|             | PAYANTS        | Sortie | 04/03/2022 |

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant  |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|----------|
| EXAMENS BIOLOGIE            | 1,00   | B1360      | 1 632,00      | 1 632,00 |
| Total Clinique              |        |            |               | 1 632,00 |

|   |       |          |
|---|-------|----------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | Total | 1 632,00 |
| MILLE SIX CENT TRENTÉ-DEUX DIRHAMS          |       |          |

Laboratoire Naciri  
Tél: 05 29 05 72 33  
E-mail: naciri\_farmacie.ma

## وصفة طبية . Ordonnance

Casablanca, le : 23/02/2022

Rhiaoui Houria

- NFS , Plg / Géalcémie / Magnésémie .
- Protidémie
- ASAT / ALAT / GGT / PAL .
- Bilirubine libre + conjuguée .
- LDH / CPK / Aldolases
- CRP
- Proteinurie des 24 h
- TP
- Urée / Creat / Dosogramme complet .
- Glycémie à jeun
- Triglycérides / Cholestérol total  
HDL / LDL



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 26/02/2012

GPT

NACIRI

- NFS  
- GPT; GPT; GPT

PGL: Bilirubine totale  
et directe

- Tg  
uric: créatinine

- Protéinurie 24h.  
- LSH; CPT.



لـ: ٢٣٣١٠٦٦٠٩٥٢٣  
٦٥٤٨٧٦٦٦٧٦٥٢٩٥٥٠٢٣  
نـ: ٠٥٢٩٥٥٠٢٣  
مـ: www.hck.ma  
الـ: National de Médecine

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : **21334 / 2022** du **19/02/2022**

|             |                       |        |                   |
|-------------|-----------------------|--------|-------------------|
| Nom patient | <b>REHIOUI HOURIA</b> | Entrée | <b>19/02/2022</b> |
|             | <b>PAYANTS</b>        | Sortie | <b>19/02/2022</b> |

| Désignation des prestations | Nombre      | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant       |
|-----------------------------|-------------|------------|---------------|---------------|
| <b>EXAMENS BIOLOGIE</b>     | <b>1,00</b> | B0630      | <b>756,00</b> | <b>756,00</b> |
| <b>Total Clinique</b>       |             |            |               | <b>756,00</b> |

|  |              |               |
|--|--------------|---------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i><br><br><b>SEPT CENT CINQUANTE-SIX DIRHAMS</b> | <b>Total</b> | <b>756,00</b> |
|  |              |               |

E-mail : labo@fcdm.ma  
Tel: 05.29.05.02.33  
L'ADURATIUM A NANTOUAI DE MELEREDU

## Reçu de caisse

N° : 22021908092271101 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2200465000       | REHIOUI HOURIA | 19/02/2022        |

| Mode paiement           | Références du paiement | Montant Dhs |
|-------------------------|------------------------|-------------|
| CarteB                  | 007838                 | 756,00      |
| PAYANT                  | Total payé             | 756,00      |
| SEPT CENT CINQUANTE-SIX |                        |             |

Reçu établi par : AMA.SEM

L'ASSOCIATION HOSPITALIERE DE CASABLANCA  
Tel : 05.29.05.02.38  
E-mail : lahao@frim-hcl.ma



19/02/22 08:03:29  
9900397911  
93979101  
HOP CHEIKH KHALIFA G5  
Casablanca

A0000000031010  
APP : VISA  
M EL YOUSFI SAMIR  
xxxxxxxxxxxxxx2988  
05/24 CARTE NATIONALE  
3DDC28F340C2F85E  
201-0-9999-1-44

MONTANT: 756,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001  
NUM AUTORISATION : 962947  
STAN : 007838

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT



Le CMI vous remercie

SANS CONTACT



DUPPLICATE

15/02/22

07:51:36

9900397911

93979101

HOP CHEIKH KHEDDOUA G5  
Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxxx 310108

CARTE NATIONALE

AFE8D8B250FC7C14

201-0-999 1-44

MONTANT : 936,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTOMATION : 512930

STAN : 007751

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

COPIE CLIENT