

# 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.

## 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.

N° W21-710098

119076

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

SA

Société :

CHERAM,

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Om ALEIC Abouc

Date de naissance :

1/12/1941

Adresse :

etite affadoun (CHERAM) 0001

Tél. :

773894304

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15 JUIN 2022

Nom et prénom du malade :

MESSAN RA bée

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Transthrone de pigr

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 :

Le 15 JUIN 2022

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
NO 09 09 2022	1 (un) Acte	6 Pack	529,40	INP : 09/12/2022 Hôpital Leïkha Khalifa Dr. BENBOU Samir Urgentiste
			72219 2022	A.

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VIOLET ADHERENT

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'os.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																					
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																					
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																					
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																					
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																					
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">05533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	D	G	05533412	21433552		00000000	00000000		D			00000000		00000000	35533411		11433553	B			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	D	G																							
05533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D																									
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																					
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 10 / 06 / 2011

0678119

### Quittance - Paiement espèces

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 19,40 DA

Patient : Mejgan Rabha Elomalek

Cachet

Date : 10/06/2011  
0678112

**Quittance - Paiement espèces**

IPP : .....

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

Patient : ..... Mejjan Rabsia El omrak

**Cachet**

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 72219 / 2022 du 10/06/22

Nom patient	MEJJAR RABIA EP OMALEK	Entrée	10/06/22
	PAYANTS	Sortie	10/06/22

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION INITIALE D'URGENTISTE	1,00		100,00	100,00
CONSULTATION DE MEDECIN SPECIALISTE	1,00		200,00	200,00
RADIOGRAPHIE DU POIGNET DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
			<i>Sous-Total</i>	<b>480,00</b>
PHARMACIE	1,00		49,40	49,40
			<i>Sous-Total</i>	<b>49,40</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>529,40</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
CINQ CENT VINGT-NEUF DIRHAMS QUARANTE CENTIMES		<b>Total</b>
		<b>529,40</b>

## ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : MEJJAR RABIA EP OMALEK      N° Facture 72 219      2200515623

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ECHARPE AVANT BRAS	1	49,40	49,40
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>49,40</b>
<b>Total pharmacie</b>			<b>49,40</b>

Hôpital Universitaire de Casablanca  
Tél.: 0529 03 58 45  
Fax: 0529 00 29 77  
e-mail: [chiracti@chm-hck.men](mailto:chiracti@chm-hck.men)

CASABLANCA, le 10/06/2022

PATIENT : MEJJAR Rabia Ep Omalek

MEDECIN TRAITANT :

EXAMEN(S) REALISE(S) : RX Poignet F+P

## Résultat

- Fracture commutative au niveau de l'extrémité inférieure du radius avec troisième fragment
- Interligne articulaire respectée.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr Yassine

Dr. RACHID YASSINE  
Médecin Radiologue



Coller Etiquette De RAF



2200515623 / 171205100941KH  
Prénom : Rabia Ep Omalek  
Nom : MEJJAR  
DDN : 01/10/1953 E: 10/06/2022  
Service : URGENCES (NA)



PAYANT  
Sexe: F

## BILAN

### RADIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe :  M  F

#### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Transfert du patient gauche

• RADIO STANDARD : ..... *patient gauche*

FACE

PROFIL

• ECHOGRAPHIE : .....

• SCANNER : .....

Avec injection

Sans injection

Créat : .....

BHCG :  Positive

négative

• IRM : .....

Pacemaker

Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. BENBOU Samir  
Urgentiste

