

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.



# Déclaration de Maladie

N° W21-721220

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 13-118	Société :	<input type="checkbox"/> A
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : Benali Noura		
Date de naissance : 21/08/1950		
Adresse : 8, rue prosper mérimée, Daffouf, Marrakech		
Tél. : 0620163153	Total des frais engagés : 1893,10 DHS.	
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : MUPRAS H. HAKANI 09 AOÛT 2021		
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Dr. SAMIH Mohamed Médecin résident Traumatologie		
Date de consultation : 09/08/2021	Age : 62	
Nom et prénom du malade : Benali Noura	<input type="checkbox"/> Conjoint	
Lien de parenté : Fille	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Entrorse du genou gauche.	Chute localisée	
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'adhérent conseil de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 08/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : CASABLANCA

#### **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
04/07/22	CS T Radio	Frct 4.80	4.80 DH 10.83673	INP : 0900618612 Médecin Universitaire International Dr. SAMIH Mohamed Médecin résident Traumatologie

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AGUEDACHA Quartier Val Fleuri, B.P. 100, Murger, Résidence Tahiti du Gaspillage Tél/Fax: 0522 99 69 21	06.07.92	413,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

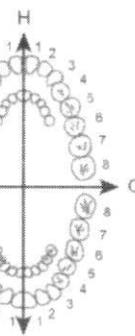
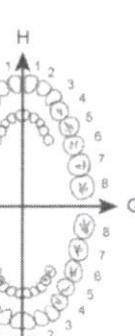
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
LUCILLE MAGNIN Vente en magasin valide pour toute la ville ROUTE DE GHANDOURA Z 9420 13 / RAN: U 325320	05/07/22					400,00

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

#### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	H	25533412	21433552	<input type="text"/>
D	00000000	00000000	<input type="text"/>	
B	00000000	00000000	<input type="text"/>	
	35533411	11433553	<input type="text"/>	
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<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'EXÉCUTION

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le : 04/07/2022

**PHARMACIE AYMANE**  
**AGUEDACH KAMAL**  
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri  
Murger, Résidence Talbi III, Casablanca  
Tél/Fax: 0522 99 69 21

Jaber Jema Benali

198,00

(6)

33,90

Noliceptol 100 mg

39,00



Duoxol 147-

38,00

37,00



Profenil 10-

100,50

144,50

Perodrium 20-

113,60



**PHARMACIE AYMANE**  
**AGUEDACH KAMAL**  
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri  
Murger, Résidence Talbi III, Casablanca  
Tél/Fax: +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Adresse : Boulevard Mohamed V Abd-el-Nacir, Hay El Hassan, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

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

RDV en consultation

Muséodématin  
ds 15 j par entier  
du genou gâche

National universitaire internationale Cheikh Khalifa  
Dr. SAMIH Mohamed  
Médecin résident  
Traumatologie

# وصفة طبية

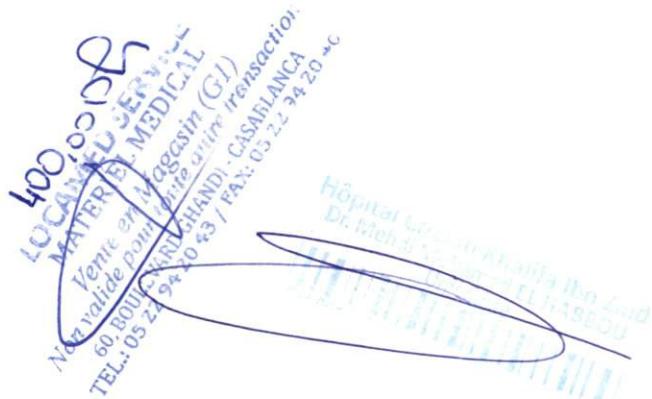
## Ordonnance

Casablanca, le : 04/07/2002

Dr. Taouia Benali

Atelle de Zimmer

Jointe gauche





قسم المستعجلات

Coller Etiquette De BAF



2200526741 / H0122018558

Prénom : MOUNA

Nom : BENALI

DDN : 21/08/1990 E: 04/07/2022

Service : URGENCES (NA)



PAYANT  
Sexe: F

## BILAN RADIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe :  M  F

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

- Douleur au niveau des genoux gauche.  
Tremblement.  
Impossibilité fonctionnelle, Extension impossible.

• RADIO STANDARD : *PL400.B*

FACE

PROFIL

• ECHOGRAPHIE : .....

• SCANNER : .....

Avec injection

Sans injection

Créat : .....

BHCG :  Positive

négative

• IRM : .....

Pacemaker  Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des urgences

Dr. HASSAN MOHAMMED EL HABBOU  
Urgence



Facture: FN22-112594

Casablanca Le, 05/07/2022

**DEPOT GHANDI**

Agent commercial : HAMZA.383

Mode de règlement :

TPE : 400.00

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

N° CLIENT : C22-0061268

MME BENALI MOUNA

0000000000

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise %	P.U. Net TTC	Montant TTC
M6201M	20	ATTTELLE D'IMMOBILISATION DE GENOU 3 PANNEAUX MN T40 CM	1	400.00	0	400.00	400.00

Code	Base	Taux	Montant
20	333.33	20	66.67
<b>Total</b>	<b>333.33</b>		<b>66.67</b>

**Total HT 333.33****Total TVA 66.67****Total TTC 400.00**

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC:  
**QUATRE CENTS DIRHAMS**

LOCAVIE MATERIEL MEDICAL  
 Vente en magasin et transaction  
 Non valable pour les commandes par fax et e-mail  
 60, BOULEVARD SIDI MOUSSA - CASABLANCA  
 TEL: 05 22 97 89 49 / FAX: 05 22 97 89 24

**Call Center 05 37 63 27 28 / 05 22 86 22 22 - info@locamed.ma - www.locamed.ma**

LOCAMED SERVICE S.A.R.L AU CAPITAL 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150

Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc

Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

**CASABLANCA**

Arjoun: 7, rue Lahcen Arjoun [ face hôpital 20 Août], quartier des Hôpitaux.

Tél.: 05 22 86 39 89/05 22 86 16 83/05 22 86 37 17

Ghandi: 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél. : 05 22 94 20 43/05 22 86 22 22

Goulmima: 627, rue Goulmima Casa-Anfa [à proximité hôpital My Youssef] Tél. : 05 22 20 98/05 22 20 21 04

Hôpitaux: 46, rue des hôpitaux.Tél. : 05 22 47 63 70/05 22 47 48 30

**RABAT**

Arribat Center : Av. Nations-Unies, Al Abtal, Inaouin et Omar Ibn Al Khattab, Agdal. Tél.: 05 37 68 13 12

Zaer : Angle Av. Mohamed VI et Av El Haouz. Tél. : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Marhout : 111 rue Mamounia (ex CTM) centre ville Tél. : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

**MOHAMMEDIA** Magasin N°4 immeuble B, place Mohammed V, résidence du Centre .Mohammed Tél.: 05 23 31 71 84**MARRAKECH** Avenue, Yaacoub el Mansour N°: 2 Résidence Ahlarn Guéliz (près de centre Américain) Tél : 05 24 43 15 00/05 24 43 14 30**AGADIR** Marjane Agadir, Avenue Mohammed V, Founty, Agadir Tél : 05 28 38 67 49**KÉNITRA** Angle Avenue Ahmed Diori et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 28/05 37 37 74 75**FÈS** Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chbibi [en face de central banque chaabi] Tél : 05 35 62 51 62/05 35 62 51 61**MEKNÈS** 16, Avenue Amir Moulay Abdellah Manzeh , Meknes (à côté de Polyclinique Alaoui) Tél : 05 35 52 83 13**TANGER** 6, résidence Saghinia2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia .Tanger Tél : 05 39 33 55 00/05 39 37 26 00

05/07/2022, 10:08

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

N° 83 673 / 2022 du 04/07/22

Nom patient : BENALI MOUNA

Entrée 04/07/22

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 04/07/22

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
CONSULTATION INITIALE D'URGENTISTE	1,00		100,00	100,00
CONSULTATION DE MEDECIN SPECIALISTE	1,00		200,00	200,00
RADIOGRAPHIE DU GENOU DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	480,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>480,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

**Total 480,00**

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		480,00		480,00	0,00



### Causes et circonstances de l'accident

A qui de droit,

Par la présente lettre, je souhaite vous informer de l'accident dont j'ai été victime le 3 juillet 2022. En effet ce jour-là, je suis tombée sur mes deux genoux lors de la descente d'un escalier dans le Park : Anfa-Park. Lors de cet accident, j'ai été blessé au niveau des deux genoux. La situation a nécessité une prise en charge par les services médicaux du Park, avant que je parte le 4 juillet à l'hôpital cheikh Khalifa

Cet accident a eu les circonstances suivantes :

- Blessures sur les deux genoux,
- Entorse du genou gauche.

Je vous remercie par avance et vous prie de bien vouloir agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.



CASABLANCA, le 04/07/2022

PATIENT : BENALI MOUNA

EXAMEN(S) REALISE(S) : RX Genou gauche F+P

Absence de lésion osseuse radiologiquement évidente au niveau du squelette du genou.

L'interligne fémoro-tibiale est respectée.

La texture osseuse est radiologiquement normale.

Absence d'anomalie évidente au niveau des parties molles du genou.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr BOUKNANI

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

CASABLANCA

**Reçu de caisse**

N° : 2207041202518940 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200526741	BENALI MOUNA	04/07/22

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	005824	480,00
PAYANT	Total payé	480,00
QUATRE CENT QUATRE-VING		

Reçu établi par : MOH.ALI

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél. : 05 29 09 53 65  
Fax : 05 29 09 53 66  
E-mail : contact@fckm-hcm.m



SANS CONTACT



04/07/22 12:00:56  
9900397937  
93979301  
HOP CHEIKH KHALIFA G6  
Casablanca

A0000000031010  
APP : VISA  
xxxxxxxxxxxxx5838  
CARTE NATIONALE  
EBB1636B14BCFDB1  
220-0-9999-1-44

MONTANT: 480,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 058  
NUM AUTORISATION: 0C9229  
STAN : 005824

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT