

# 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.

M22- 0008493

125391

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 001111

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MANSOURI HMAAD

Date de naissance : 01-07-1954

Adresse : N° 178 Bloc 4 Cité Commune

11rbaïne Hay HASSANI CASABLANCA

Tél. 0661668992 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/08/2022

Nom et prénom du malade :

Lui-même  Conjoint

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Appendicite

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

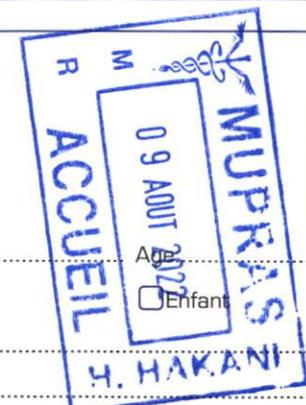
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 01/08/2022

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
26/07/22	✓ 91 fact M: 92755		2350 Dh	Dr. KARIM SIDIQI 31/07/2022

## ~~PIEZ~~ EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## 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'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the H-G-B coordinate system. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis is labeled 'G' on the right, and the diagonal axis is labeled 'B' at the bottom. Points are numbered 1 through 15 and are distributed along the axes and between them. Points 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, and 15 are arranged in a circular pattern, with some points appearing on multiple axes.

## **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 26/07/2022

MANSOURI HMAD

Ventilation non invasive



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : 26/07/2022

MANSOURI HMAD

Sondage Vesical



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : 26/07/2022

MANSOURI HAMAD

E                    C                    G



Date : 26/07/2022

Quittance - Paiement espèces

0690943

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 235,00 Dhs

Patient : ..... HMAO MSA/SAR

Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa  
Tel.: 05 29 00 53 71  
Fax: 05 29 00 44 71  
E-mail: contact@hopitalcheikhkhalifa.com  
N° IMP: 09006222

## HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

Nº: 22072605273330804 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200535987	MANSOURI HMAD	26/07/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
<b>Chèque</b> <i>NB: Chèque avance</i>	<b>BP / 8268162</b> <i>Ech : 25/08/2022</i> KALA FATIHA	<b>25 000,00</b>
<b>PAYANT</b>	<b>Total payé</b>	<b>25 000,00</b>

*Reçu établi par : RAJ.OUA*

**Topher Chalikh Kmalita Ibn Saïd**  
Tel : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@fckm-hck.ma  
N° : 13913262

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

**F A C T U R E**

N° **92 755 / 2022** du **26/07/2022**

Nom patient : **MANSOURI HMAD**

Entrée **26/07/2022**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **26/07/2022**

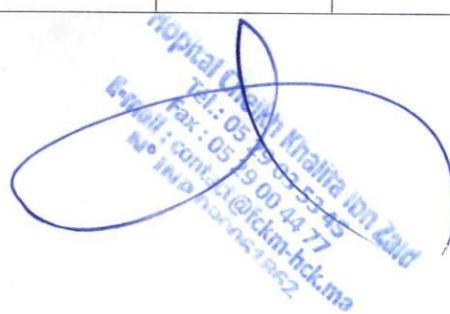
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE EN DECHOCAGE	1,00		450,00	450,00
+ELECTROCARDIOGRAMME (ECG)	1,00		100,00	100,00
SONDAGE VESICAL	1,00		800,00	800,00
VENTILATION NON INVASIVE	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	2 350,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>2 350,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

DEUX MILLE TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

**Total 2 350,00**

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	<b>2 350,00</b>				<b>2 350,00</b>	<b>0,00</b>



Id : \_\_\_\_\_

Indéfini --- (---) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

2200535986 / H0122020675

Prénom : HMAD  
Nom : MANSOURI  
DDN : 01/07/1954 E: 26/07/2022  
Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe: M

$\text{r-} \text{s}/\text{Sv1}$  : 1.67/0.52 mV

k-Lyon : 2.19 mV

Axe: 84/18/0

Rythme sinusal avec bloc A-V 1er degré

--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexe du patient ---

Progression onde R faible

ECG anormal

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

\*RAPPORT NON CONFIRMÉ\*



dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:40Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

SERVICE DES URGENCES

Casablanca, le 26/07/2022

## COMPTE RENDU

Je soussigné, ..... Certifie avoir examiné

Mr/Mme MANSOURI HMAD Le 26/07/2022

Admis(e) au service des urgences:

Se plaignant de ..... dyspnée

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitemet symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio .....
- Echographie .....
- Scanner .....
- IRM .....
- Autres : .....

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
DR. KAMAL SABRINE  
URGENTISTE  
090061662

Cachet du Médecin