

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 060592

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5372 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : GHIOZLANI NOUR DINE  
 Date de naissance :  
 Adresse : Lotissement HAJ FATEH Lot 21 1<sup>er</sup> Etage  
 OULFA CASA  
 Tél. : 0669 180 900 Total des frais engagés : 831/ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : BOUBRIK AMINA Age: 54  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Trauma de l'épaule  
 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 Le : 02/08/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : *Cghy*



# RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/08/22        | ✓                 | Fact                  | 529,40                          |  |
|                 | N° 95285          |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

1/08/22 30210

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre des Honoraires

AM PC IM IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

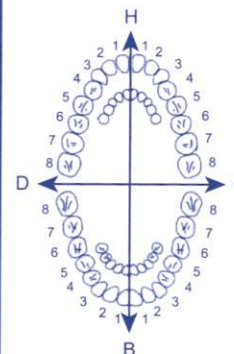
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

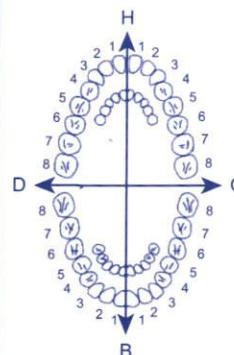
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

01/08/2022

  
2200539513 / H0119005327  
Prénom : Amina  
Nom : BOUBRIK  
DDN : 25/08/1967 E: 01/08/2022  
Service : URGENCES (NA)

  
PAYANT  
Sexe: F

DRH e pmb gila

Dr. 

  
071153902  
Orthopédie - Traumatologie  
Pr. Abdelali ALDIRISSI  
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa



Casablanca, le 01/08/2022

IPP : H0119005327

NDA : 2200539513

PATIENT : BOUBRIK Amina

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Epaule F+P**

### **Rx EPAULE GAUCHE F/P**

Absence de solution de continuité osseuse décelable

Minéralisation osseuse normale.

Articulation scapulo humérale de morphologie normale.

Espace sous acromial conservé

Absence de calcification des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr LAFHEL Sarah**

**Dr. SARAH LAFHEL**  
**RADIOLOGUE**







Coller Etiquette De RAF



2200539513 / H0119005327

Prénom : Amina

Nom : BOUBRIK

DDN : 25/08/1967 E: 01/08/2022

Service : URGENCES (NA)



PAYANT  
Sexe: F

## BILAN RADIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

• RADIO STANDARD : .....

☒ FACE

☒ PROFIL

• ECHOGRAPHIE : .....

• SCANNER : .....

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat : .....

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM : .....

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des  
urgences

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## BILLET DE SORTIE

|  |                       |              |
|--|-----------------------|--------------|
| Nom du patient : <b>BOUBRIK AMINA</b>                                      |                       |              |
| Chambre : <b>NA</b>  |                       |              |
| Médecin traitant   | <b>ABOUSAHFA IMAD</b> |              |
| Prise en charge  | <b>PAYANT</b>         |              |
| Date entrée  | <b>01/08/2022</b>     |              |
| Date sortie  | <b>01/08/2022</b>     | <b>21:37</b> |
| Le caissier  | L'infirmier           | Le major     |
| Billet de sortie établi par : MOH.ALI    01/08/2022    21:41    2200539513 |                       |              |

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail: contact@ckm-hcl.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 22080120575289401 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2200539513       | BOUBRIK AMINA  | 01/08/2022        |

| Mode paiement           | Références du paiement | Montant Dhs |
|-------------------------|------------------------|-------------|
| CarteB                  | 004704                 | 480,00      |
| PAYANT                  | Total payé             | 480,00      |
| QUATRE CENT QUATRE-VING |                        |             |

Reçu établi par : MOH.ALI

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@hckm-hck.ma



01/08/22 20.40.35  
HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
CASABLANCA

A0000000041010  
MasterCard  
GHOZLANI /ZAKA MR  
532196\*\*\*\*\*2276  
04/29 CARTE NATIONALE  
220-0-0000-1-55

Num Commerçant 2220064  
Num TPE 08173186  
Num Transaction: 000004  
Num Autorisation 195657  
Num STAN 004704

MONTANT : 480,00 MAD

DEBIT  
Copie client

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS  
APPELEZ LE 05 22 91 74 74

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 96289 / 2022 du 01/08/2022

|             |               |        |            |
|-------------|---------------|--------|------------|
| Nom patient | BOUBRIK AMINA | Entrée | 01/08/2022 |
|             | PAYANTS       | Sortie | 01/08/2022 |

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

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 29 03 44 77  
 Email: contact@hckm-hck.ma



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2208012140348940 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2200539513       | BOUBRIK AMINA  | 01/08/2022        |

| Mode paiement           | Références du paiement | Montant Dhs |
|-------------------------|------------------------|-------------|
| CarteB                  | 004705                 | 49,40       |
| PAYANT                  | Total payé             | 49,40       |
| QUARANTE-NEUF DIRHAMS Q |                        |             |

Reçu établi par : MOH.ALI

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
Mail : contact@fckm-hci



HOPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
C.A. 10000 1010

01/08/22 21 23 18  
HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
CASABLANCA

A0000000041010  
MasterCard  
GHOZLANI /ZAKA MR  
532196\*\*\*\*\*2276  
04/29 CARTE NATIONALE  
220-0-0000-1-55

Num Commerçant 2220064  
Num TPE 08173186  
Num Transaction 000005  
Num Autorisation 582316  
Num STAN 004705

MONTANT : 49,40 MAD

DEBIT  
Copie client

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS  
APPELEZ LE 05 22 91 74 74

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

01/08/2022  
21:39

Nom Patient : BOUBRIK AMINA

Numéro dossier : 2200539513

| Date            | Produit consommé   | N° BS   | Quantité | Prix Unit. | Total |
|-----------------|--------------------|---------|----------|------------|-------|
| 01/08/2022      | ECHARPE AVANT BRAS | 1338234 | 1,00     | 49,40      | 49,40 |
| Total pharmacie |                    |         |          |            | 49,40 |

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
e-mail: contact@hck.ma  
N° IMP 090051862



وصفة طبية

Ordonnance



2200539513 / H0119005327

Prénom : Amina

Nom : BOUBRIK

DDN : 25/08/1967 E: 01/08/2022

Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe: F

01/08/2022

PHARMACIE DAWDIA  
Salaâ KHALAD  
101 Rue 13 El  
Oulid - Casa - Tél: 09 00 00 00 00

1- Relaxol  
5310 2 cp 2x/jour pendant

16w. 10 jours

2- Celebrex 200mg

99 1 cp 1x/jour pendant  
7 jours

3- Cedes 20mg

1 gel. 1x/jour pendant 7 jours

30210

LOT 210834  
EXP 01/2024  
PPV 99.00DH

(S.V)

0711533120  
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
P. Adresse: AL HADISSI NABHU

P.P.V : 150.00  
Lot.  
Exp.  
P10002677