

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01377 Société : RAAI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KASRI MOHAMED

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : 22A Rue Tanger, cité de l'air, Nouaceur

Tél. : 0661.06715 Total des frais engagés : 780,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : 11/10/2014

Nom et prénom du malade : EL HATTAMI SOUA Age: 63ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Gonalgies

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

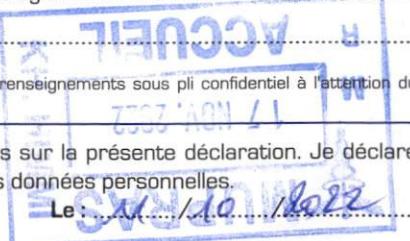
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 11/10/2014

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
11/10/2012	CS		300.00	DRISSI Najib Intervent. Radiologie Tunisie
11/10/2012	CS +		300.00	DRISSI Najib Intervent. Radiologie Tunisie

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Hôpital Chérif Bourassa Service Radiologie Tél : (+212) 0529 10 10 10	11/10/2018	- Rendu général FIP	1800 DT

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			Coefficient des travaux
			Montants des soins
			Début d'exécution
			Fin d'exécution
O.D.F	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

Nº 131 962 / 2022 du 11/10/2022

Nom patient : EL HAMDANI SAIDA

Entrée 11/10/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 11/10/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DU GENOU DE FACE ET DE PROF	1,00		180,00 Sous-Total	180,00 180,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>180,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>180,00</b>

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	180,00	180,00	0,00

Hospital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Service de Radiologie  
 Tel: (+212) 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 22 89 28 54  
 N° INP 090061862  
 N°ICE 001740003000026

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

CASABLANCA

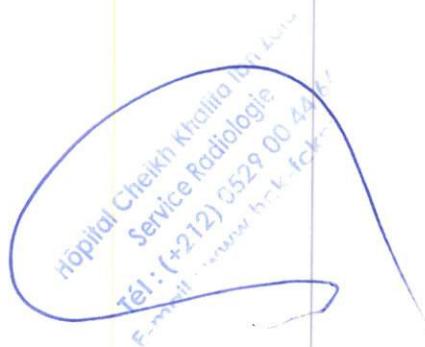
**Reçu de caisse***MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID*

N° : 2210111614018680 / 3 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200574899	EL HAMDANI SAIDA	11/10/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	00532	180,00
PAYANT	Total payé	180,00
CENT QUATRE-VINGTS DIRHMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : BRIDEH



CASABLANCA, le 11/10/2022

PATIENT : **EL HAMDANI SAIDA**

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Genou droit F+P**

**Résultats :**

Bilan de contrôle d'une fracture rotulienne avec matériel d'ostéosynthèse en place.  
L'interligne fémoro-tibiale est respectée.  
Déminéralisation osseuse.  
Absence d'anomalie évidente au niveau des parties molles du genou.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr KASSIMI**

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr. KASSIMI Mariam  
Médecin Président  
Radiologie  
09 00 618 62

**Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid**

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,  
BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

[www.hck.fckm.ma](http://www.hck.fckm.ma)

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 131893 / 2022 du 11/10/2022

Nom patient	<b>EL HAMDANI SAIDA</b>	Entrée	<b>11/10/2022</b>
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	<b>11/10/2022</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION DE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE	1,00		300,00	300,00
<b>Total Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	<b>300,00</b>

*[Handwritten signature over a blue oval]*  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd  
Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 29 00 44 77  
Fax: 05 29 00 44 77  
E-mail: N°INP 090061862, N°ICE 001740003000026

ELHAM DAN. SAIDA  
1/10/2022

26/10/2022 16:37:51

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

Indéfini --- (--) Indéfini

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

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

FC: 57 bpm

PR: 166 ms

QRS: 78 ms

QT/QTcH: 436/431 ms

QTcB: 425 ms

QTcF: 429 ms

Rv5-e/Sv1 : 0.94/0.11 mV

Sok-Lyon : 1.05 mV

Axe: 39/33/39 °

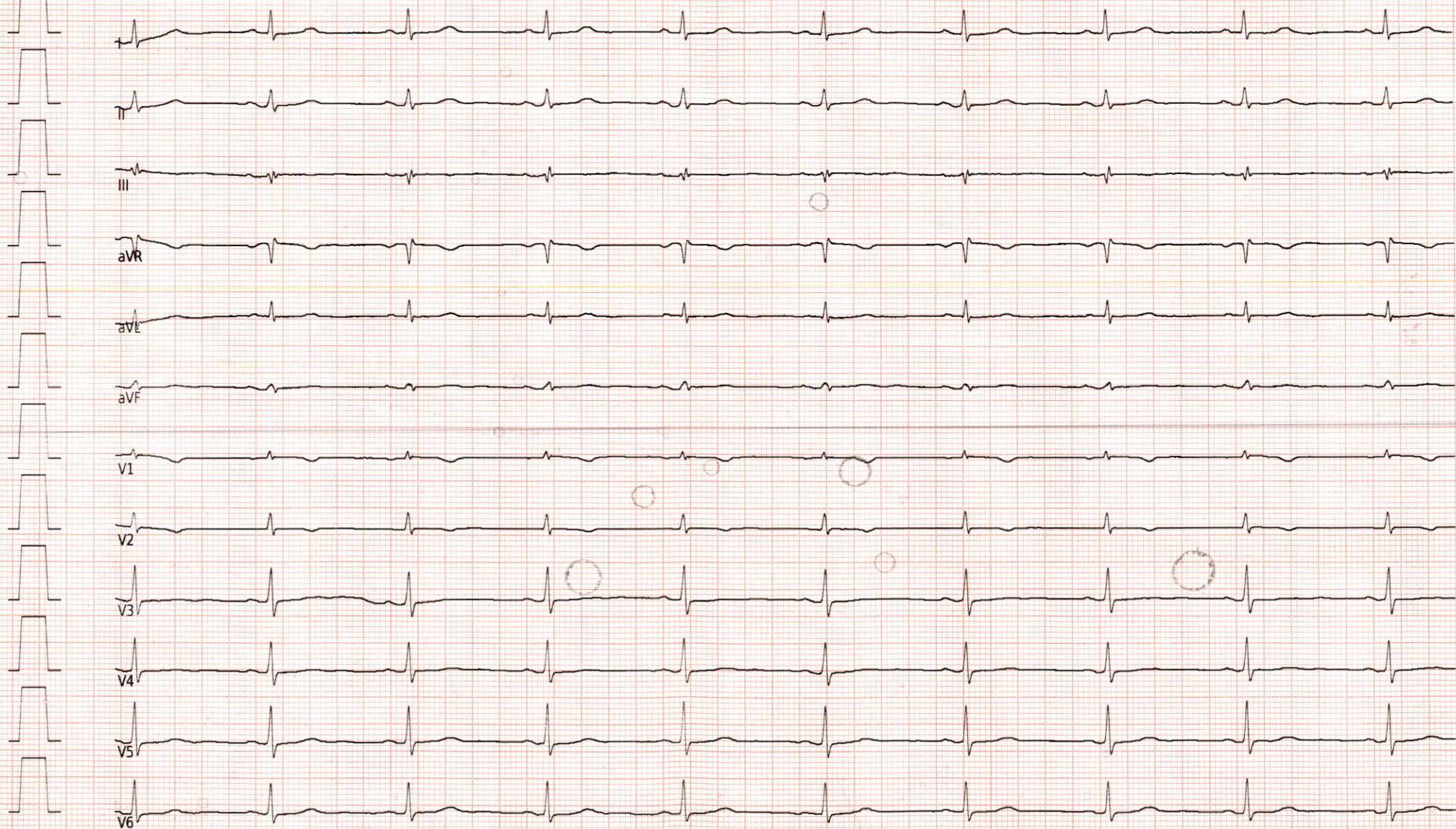
Rythme sinusal

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

Anomalie onde T antéroseptale n'est pas spécifique

ECG limite

\*RAPPORT NON CONFIRMÉ\*



Dép. :

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



مصرف المقاصة

SANS CONTACT



11/10/22 15:49:20  
9900397770  
93977701  
HOP CHEIKH KHALIFA G3  
Casablanca

A0000000031010  
APP : VISA  
xxxxxxxxxxxxx9729  
CARTE NATIONALE  
190C4C33CD4ED4A1  
220-0-9999-1-55

MONTANT: 180,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 024  
NUM AUTORISATION: 0Q8043  
STAN : 000532

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT