

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0017265

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01377 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KASRI MOHAMMED
 Date de naissance : 01-01-1950
 Adresse : 22 A Rue Tanger, cité de l'air, Nouaceur
 Tél. : 0661106715 Total des frais engagés : 780,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/10/2022
 Nom et prénom du malade : EL ARABIANI SAIDA Age: 63ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleur
 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 : 11/10/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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

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
11/10/22	CS		300817	
17/10/22	CS +		300100	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

11/10/22 - Rax du genou
FIP

180 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

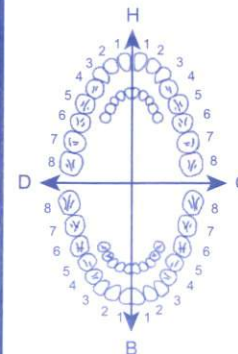
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

[Création, remont, adjonction]

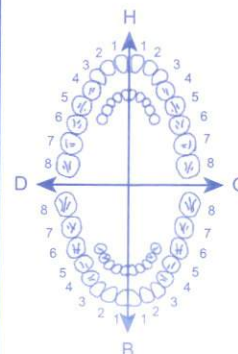
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

N° 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	180,00
			Sous-Total	180,00
Total Frais Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total	180,00

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

Hopital Cheikh Khalifa
Service Radiologie
Tél : (+212) 05 29 03 53 45
Email : info@hck.ma

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 44
E-mail : radiologie@hkh-zaid.ma



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 consultant
Radiologie
090061882



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 131893 / 2022 du 11/10/2022

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

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

Arrêtée la présente facture à la somme de :			
TROIS CENTS DIRHAMS		Total	300,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 N° INP : 090061862
 N° ICE : 001740003000026
 Tel : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 22 89 28 54
 Email : info@hchz.com

Id : _____

Indéfini --- (---) Indéfini

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

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

26/10/2022 16:37:51

FC: 57 bpm

PR: 166 ms

QRS: 78 ms

QT/QTcH: 436/431 ms

QTcB: 425 ms

QTcF: 429 ms

R_{vs}-e/S_{vs}: 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

ELHAM DAN SAIDA
17/10/2022



Dép. :

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



مركز الخدمات

SANS CONTACT



11/10/22

15:49:20

9900397770

93977701

HOP CHEIKH KHALIFA G3

Casablanca

A00000000031010

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