

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4130

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SIMOU YASSIN

Date de naissance :

25 Dzans 1958

Adresse :

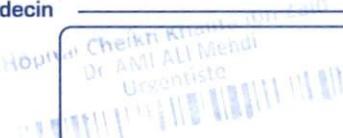
Rue Michelisien n° 126 Hay Rayan  
Casablanca

Tél. 066.147.22.29

Total des frais engagés : 396,84 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25/11/2022

Nom et prénom du malade :

SIMOU YASSIN

Age: 68

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bruix

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 : 25/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26 11 2022	Actes de soins	100% coefficient	396,84	Dr. AMI ALI Mehmood Urgent Care Center Cabinet Cheikh Khan
				facture n° 156182/22

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

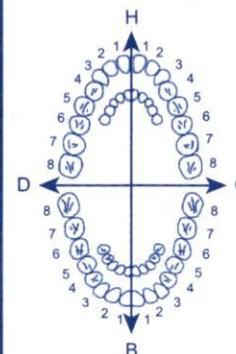
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

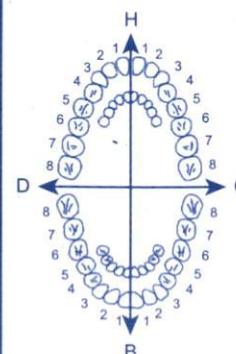


ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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 :



2200598924 / 170408100357SA

Prénom : Yassin

Nom : SIMOU

DDN : 25/03/1958 E: 25/11/2022

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

1) Fb → 3/4  
 App x 2 j.

2) Local → 1/4 x 2 j.

3) Sen phys log  
 ostéopathie

4) Cr x 4 j.

*Mohamed Taieb Naciri  
 Hôpital International Cheikh Khalifa  
 BP 82403 Casablanca  
 Maroc  
 Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma*



# HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL CHEIKH KHÀLIFA

SOINS FORMATION RECHERCHE

TEL: 0524-035345  
FAX: 0529-004477  
E-mail: contact@fclm.hk.hk  
Web: [www.fclm.hk.hk](http://www.fclm.hk.hk)

Date : 28 / 11 / 2022

**Quittance - Paiement espèces** 0728663

**IPP :**.....

N° D'admission : ..... Montant : 396, 89

Patient : ..... Simon - 9 M/S n

## Cachet

Mr. Saeid Zaidi  
Sohaili Research Foundation  
Tel.: 0523 035345  
Fax: 0529 004477  
E-mail: contact@sfckm.hk.mil.hk  
Inno Number 1165

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

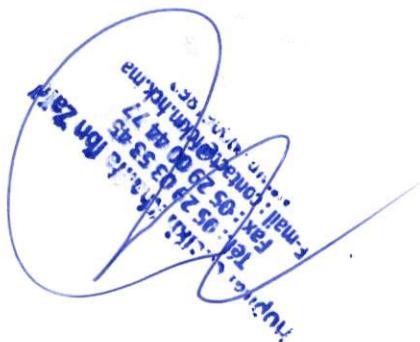
## F A C T U R E

N° : 156152 / 2022 du 25/11/22

Nom patient	SIMOU YASSIN	Entrée	25/11/22
	PAYANTS	Sortie	25/11/22

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>300,00</i>
PHARMACIE	1,00		96,84	96,84
<b>Total Clinique</b>				<b>396,84</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT QUATRE-VINGT-SEIZE DIRHAMS QUATRE-VINGT-QUATRE CENTIMES	Total	396,84



A handwritten signature in blue ink is enclosed within a blue oval. The signature appears to be in Arabic script. A large, thick black diagonal line has been drawn across the entire area containing the signature and the oval.

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

25/11/2022  
20:14

Nom Patient :	SIMOU YASSIN	Numéro dossier :	2200598924	
Date	Produit consommé	Nº BS	Quantité	Prix Unit.
24/11/2022	FLAMMAZINE 50g Crème (01)	1412120	1,00	42,54
24/11/2022	BANDE DE CREPE 10 CM	1412120	2,00	5,78
24/11/2022	COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	1412120	2,00	3,53
24/11/2022	PANSEMENT JELONET 10*10CM	1412120	2,00	8,14
24/11/2022	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1412120	1,00	14,10
24/11/2022	GANT DE CHIR.STERILE EN LATEX	1412120	1,00	5,30
<b>Total pharmacie</b>				<b>96,84</b>

