

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionnaire

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

.....

Enfant

Nature de la maladie :

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 : .....

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 Réalisation des Actes
06/09/2023	voir facture N° 18416	6	819,00	Youssef Chirurgie Endovasculaire et Vasc Hôpital Universitaire Cheikh Anta Diop 1175976

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SABRINE Amal 1 Rue 11 N° 165 Sidi Ben Aissa Casablanca Tel: 05 22 74 18 12	06/08/2023	44211.10

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

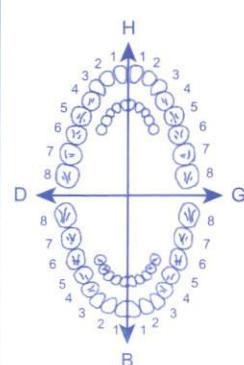
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	E
00000000	00000000
35533411	11433553
	P

[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 : 06 / 02 / 23

DDN : 12/12/1963 E: 03/02/2023  
Service : CATHLAB (NA)

3390° + 12

(1) Xarelto 2,5 mg 1 cp x 2 / j pdt 03 mois renouvelable

SV

30,10 + 3

(2) Kandegic 75 mg 1 sachet / j pdt 03 mois renouvelable

SV

93,0° + 3

(3) LD NOR 20 mg 1 cp / j pdt 03 mois renouvelable

SV

111,0°

(4) Doliprane 1g 1 cp / 8h si douleur

SV

4421,10

YOUSSEF TIJANI. Mairie

**PHARMACIE SABRINE**  
Amal 1 Rue 11 N° 165  
Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél: 05 22 74 18 12

**Dr. Youssef TIJANI.**  
Chirurgie Endovasculaire et Vasculaire  
Centre Cheikh Khalifa à Zemmour

**Adresse :** Boulevard Mohamed Taïeb Naciri, Hay El Hassan, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc  
**Tél :** +212 529 004 466 • **Fax :** +212 529 038 868 • **www.hck.ma**

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps

Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.

6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps

Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.

6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps

Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.

6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps

Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.

6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps

Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.

6 118001 090839

6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps

Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.

6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps

Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.

6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps

Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.

6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps

Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.

6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps

Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.

6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps

Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.

6 118001 090839

KARDEGIC 75MG  
SACHETS 830  
LOT : 22E004  
PER : 02 2024  
P.P.V : 30DH70  
  
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG  
SACHETS 830  
LOT : 22E004  
PER : 02 2024  
P.P.V : 30DH70  
  
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG  
SACHETS 830  
LOT : 22E007  
PER : 06 2024  
P.P.V : 30DH70  
  
6 118000 061847

LD-NOR 20mg  
30 comprimés pelliculés

6 118000 082231

LD-NOR 20mg  
30 comprimés pelliculés

6 118000 082231

LD-NOR 20mg  
30 comprimés pelliculés

6 118000 082231

Doliprane® 1000mg  
PARACETAMOL  
  
6 18000 040972

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

06/02/2023

Mme Alami Chentouf Bouché

Médecine physique et réadaptation

RC = Patient de Pr. Youssef TIJANI,  
Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa Ben Zaid.  
et hypertension artérielle,  
ischémie,  
claudication intermittente,

Présente une claudication intermittente  
à ≈ 50 mètres depuis 06 mois,  
chez qui une artétiographie de  
l'asile et des M1 a été réalisée  
n'objectivant pas d'anomalie.

Une Rééducation à la marche  
est demandée SVP



Date : 13 / 02 / 2023

Quittance - Paiement espèces 0750964

IPP : .....

N° D'admission : 2300638322, Montant : 3000H

Patient : Aloum chentawh Bouchra

Payé par : Elle Même

Cachet

Date : 13/02/2023

Quittance - Paiement espèces 0750964

IPP : .....

N° D'admission : 2300638322, Montant : 3000 HT

Patient : Alami chentouf Bouchra

Payé par : Elle Même

Cachet



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

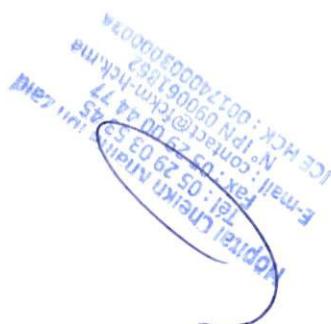
## F A C T U R E

N° : 18416 / 2023 du 06/02/2023

Nom patient	ALAMI CHENTOUFI BOUCHRA	Entrée	06/02/2023
Prise en charge	PAYANT	Sortie	06/02/2023

Désignation des prestations	Lettre Clé	Montant
PHARMACIE (en sus)	1,00	819,00
Total Clinique		819,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	819,00
HUIT CENT DIX-NEUF DIRHAMS		
Immatriculation : 0003640	Adhérent :	HDII MOHAMED
Affiliation :	N° prise en charge :	20230270019754



CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2302061752551240 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300633642	ALAMI CHENTOUFI BOUC	06/02/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	11197	819,00
MUPRAS	Total payé	819,00
HUIT CENT DIX-NEUF DIRH		

Reçu établi par : IMA.JAF



## ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : ALAMI CHENTOUFI BOUCHRA	N° Facture	18 416	2300633642
---------------------------------------	------------	--------	------------

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
GUIDE RADIFOCUS ANGU 0.035X0.89X180 TERU Sous-Total consommable médical	1	819,00	819,00
Total pharmacie			819,00



**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

CASABLANCA

**BILLET DE SORTIE**

Nom du patient : <b>ALAMI CHENTOUI BOUCHRA</b>		
Chambre : <b>NA</b>		
Médecin traitant	<b>TIJANI YOUSSEF</b>	
Prise en charge	<b>MUPRAS</b>	
Date entrée	<b>06/02/2023</b>	
Date sortie	<b>06/02/2023</b>	<b>15:48</b>
Le caissier	L'infirmier	Le major
<i>Billet de sortie établi par : JAW.BAD</i>		10/02/2023 12:42
		2300633642

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 24 77  
Email : [hckz@chekh-khalifa.ma](mailto:hckz@chekh-khalifa.ma)



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA

06/02/23

17:25 47

**FONDATION CHEIKH KHALI  
CASABLANCA**

A0000000041010

MasterCard

BOUSLAM /HOUD ML

532196\*\*\*\*\*7025

12/29 CARTE NATIONALE

220-0-0000-1-55

Num Commerçant : 2220064

Num TPE : 08174078

Num Transaction : 000011

Num Autorisation : 923603

Num STAN : 011197

**MONTANT : 819,00 MAD**

DEBIT

Copie client

**DEVENEZ COMMERÇANT NAPS**

**APPELEZ LE 05 22 91 74 74**