

# 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 066608

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 827 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHAYRI- Mohammed

Date de naissance : 1948

Adresse : Rue 2 n°77 Hadamoune OULFA- CASA

Tél. : 0522896957 Total des frais engagés : 1258,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/02/2023

Nom et prénom du malade : Age : 1952

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer secondaire

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 : 16/2/2023

Signature de l'adhérent(e) :



## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/02/23	58.00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

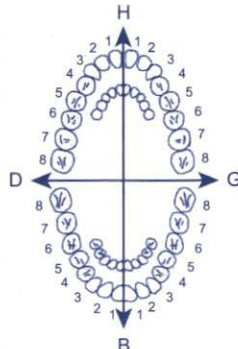
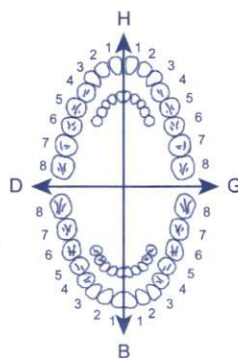
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[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 : 15/02/2023

M<sup>me</sup> Fatma Houmoud

laser YAG (capsulotomie  
postérieure de l'œil gauche)

ceinture de laser :

15 impacts de 1,00 mJ

Soit 15 mJ d'Énergie totale

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur HACHACHI ADIL  
Ophtalmologie





وصفة طبية

# Ordonnance

Casablanca, le :

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïu  
Tél: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 03 44 77  
E-mail: contact@hck.ma  
N°INP 090061860

Ch. Hamed Fatna

58,00

11 Indurolyge (S)  
1Ae x 4

صيدلية المتحفة  
Pharmacie AL MOTAHID  
31 Rue du Lot Sidi Abdennour  
Casablanca  
Tél: 05 29 03 53 45

INDOCOLLYRE 0,1% LOT/عيار H8862  
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الانتاج 09-2022  
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 02-2024  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM  
6118001270088 PPV: 58,00 DHS

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur MCHACHI ADIL  
Ophtalmologie





وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

13/01/1072

Demande de prise  
en charge

Je soussigné chef de  
service de la phtalmologie  
certifie ce jour M. HENNA TATOU  
âgé de 69 ans qui présente une  
cataracte secondaire de son oeil  
droit nécessitant un traitement  
au Laser YAG (capsulotomie)

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur MCHACHI ADIL  
Ophtalmologie

Adresse : Boulevard Mohamed V, Hay El Hassan, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

091025718

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 23 362 / 2023 du 15/02/2023

Nom patient : HOUMIMID FATNA

Entrée 15/02/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 15/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PHOTOCOAGULATION DE LA REGION MACULAIRE	1,00		1 200,00	1 200,00
			Sous-Total	1 200,00
Total Frais Clinique				1 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS	Total 1 200,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						1 200,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
E-mail: contact@fckm.hck.ma  
N°INP 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 15/02/2023

Quittance - Paiement espèces 0755726

IPP : .....

N° D'admission : 23-0640113 Montant : 1200 DA

Patient : LAOUNI FATMA

Payé par : KAYRI NOHANE

Cachet