

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-801879

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1.2.94.1	Société : R.A.M.		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BASRI YOUNESS / 61974			
Date de naissance : 09.10.1974			
Adresse : Résidence Andalousie Im 78 App 18 BD Anwal. Casa			
Tél. : 0660 1641 05	Total des frais engagés : 480,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : BASRI YOUNESS
Age: 44
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Traumatisme
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident de la route
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 : CASA
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
14/05/2003	53.45			INP : 15511111115
05/29/2003	667.00			

*Dr Cheikh Khalifa Ibrahima Ndiaye
Fax : 05 29 00 24 77
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 24 77
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 24 77
Fax : 05 29 00 24 77*

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

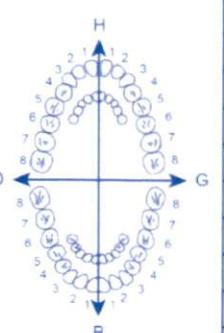
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	

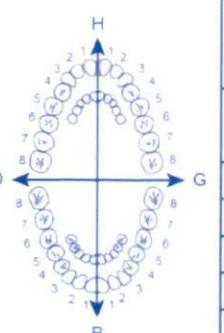


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 66 728 / 2023 du 14/05/2023

Nom patient : **BASRI YOUNESS**

Entrée 14/05/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 14/05/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
RADIOGRAPHIE DE LA MAIN DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	480,00
Total Frais Clinique				480,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total	480,00

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		480,00	480,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@hckm-hc.tn
N°INP 050061862, N°ICE 001740003000026

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2305141726083080. / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300683858	BASRI YOUNESS	14/05/23

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	18873	480,00
PAYANT	Total payé	480,00
QUATRE CENT QUATRE-VING		

Reçu établi par : RAJ.OUA

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



2300683858 / 180415144340RA
 Prénom : Youness
 Nom : BASRI
 DDN : 09/10/1978 E: 14/05/2023
 Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: M

Casablanca, le :

- Méfseel f.5 3
1cp 3 pth 8 jous

Avis transfert : Dr. CHABOU.

lundi 15/05/2023

Taieb Naciri

Coller Et

2300683858 / 180415144340RA

Prénom : Youness

Nom : BASRI

DDN : 09/10/1978 E: 14/05/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: M

BILAN

RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : M F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

E d'orse 3° et 4° doigt main gauche

• **RADIO STANDARD :** Main gauche

FACE

PROFILE

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Détel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@firca.ho.tn

• **ECHOGRAPHIE :**

• **SCANNER** :

Avec injection

Sans injection

Créat :

BHCG : Positive

négative

• **IRM** :

Pacemaker Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des urgences

CASABLANCA, le 14/05/2023

PATIENT : BASRI Youness

EXAMEN(S) REALISE(S) : RX Main F+P

IPP : 180415144340RA

DATE NAISSANCE : 09/10/1978

NUMERO DOSSIER : 2300683858

Rx MAINS FACE ET PROFIL

Minéralisation osseuse normale.

Interligne articulaire respectée.

Surfaces articulaires régulières.

Absence de calcifications des parties molles.

Au total :

Radiographie ne révélant pas d'anomalie.

En vous remerciant de votre confiance
Signé : Dr Yassine

Dr. RACHID YASSINE
Médecin
Radiologue

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



مركز التفديبات

14/05/23 16:23:00
9900397937
93979301
HOP CHEIKH KHALIFA G6
Casablanca

A00000000031010
APP : Visa
BASRI / YOUN.
xxxxxxxxxxxxx8576
06/24 CARTE NATIONALE
BC7E7EC9263CDA52
200-0-9999-1-44

MONTANT: 480,00 MAD
NUM TRANSACTION : 009
NUM AUTORISATION: 004439
STAN : 018873

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT