

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0034510

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5582

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL OUARDI MOHAMED

Date de naissance :

Adresse : LOT HANFATH N 690 OULFA TASA

Tél. : 06 23 18 88 03

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23.07.2023

Nom et prénom du malade : El Ouarede Wissal Age : 22

Lien de parenté :  Lui-même  Compagnon  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : Pathologique

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 : Maroc Le : 28/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : El Ouarede Wissal

## Adresses Mails utiles

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

# 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
23/06/2022 Tel: 05 29 00 44 77 Fax: 05 29 00 44 77 E-mail: contact@fckm.hnk.ma N°INP 0900618c	25/06/2022 voix facture N° 89583		645,85	Hôpital Chérifa Nabiha Dr. Nahla Gazzal Hépato-Gastro-entérologie Gastro-entérologie NPE 1777

## 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
	25/6/2023		

## AUXILIAIRES MEDICAUX

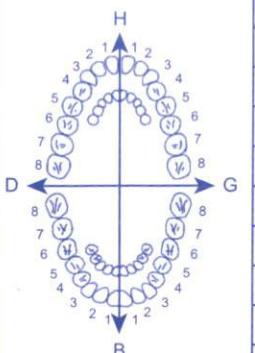
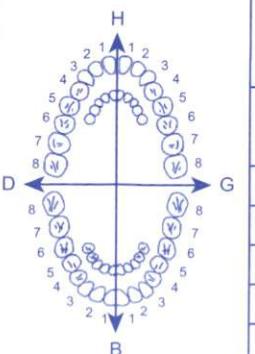
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

# 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
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	D 00000000 35533411	G B 11433553
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

## وصفة طبية

Ord

Casablanca, le :

25/06/2023



2300706820 / 161111101105LO

Prénom : Wissal

Nom : EL OUARDI

DDN : 30/11/2000 E: 23/06/2023

Service : HDJ MEDECINE 1 (NA)



PAYANT

Sexe: F

222,00  
Méfibrate - g



PPU: 222,00 DH  
LOT: 651331  
PER: 01/25

14,50  
250 mg pte 7 j



CL Andol g

si 11c

250 mg



EXP :  
LOT N° :

14,50

~~PHARMACIE ANNASSIM~~  
~~El Oued Daouara Lotissement~~  
~~Habiba N°62/2 Oulfa Casa~~  
~~Tel: 00204209700024~~

~~INPE: 0522938458~~

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr MOUNI OMAR  
Chirurgie Viscérale  
061314419

Fonction SVP:

changement de parrot TJB

ARV en consultation le  
lundi 03/07/13 à 14h00

236, 50.



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

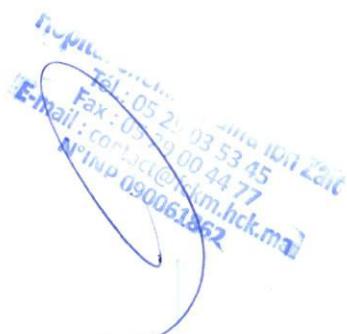
## F A C T U R E

N° : 89589 / 2023 du 25/06/2023

Nom patient	<b>EL OUARDI WISSAL</b>	Entrée	23/06/2023
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	Sortie	25/06/2023

Désignation des prestations	Lettre Clé	Montant
PHARMACIE (médicaments)	1,00	445,85
		<i>Sous-Total</i> 445,85
		<b>Total Clinique</b> 445,85
DR. EL YOUSSEFI SMAE (anesthésie-réani)	1,00	200,00
		<i>Sous-Total</i> 200,00
		<b>Total Autres prestations</b> 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENT QUARANTE-CINQ DIRHAMS QUATRE-VINGT-CINQ CENTIMES	Total	645,85
Immatriculation : 0005582 Affiliation : Cin : BK295155	Adhérent : EL OUARDI MOHAMED N° prise en charge : 20231770022622 / 166431	



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

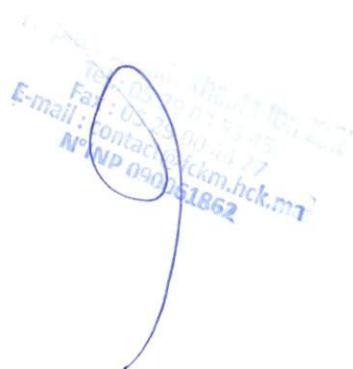
## Relevé des paiements

27/06/2023

Numéro admission	Nom du patient	
2300706820	EL OUARDI WISSAL	MUPRAS

Date	Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
23/06/2023	CarteB	E 15048	2 100,00
27/06/2023	Espèce	.	-474,18
Total payé			1 625,82

Relevé établi par F.T.A.I.T



**ANNEXE PHARMACIE**

<b>Nom patient : EL OUARDI WISSAL</b>	<b>N° Facture</b>	<b>89 589</b>	<b>2300706820</b>
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ACUPAN 20mg Injecta (05)	1	6,34	6,34
CHLORURE DE SO 0,9%Po1L Injecta (01)	3	20,60	61,80
CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	6	12,80	76,80
CLOPRAUME 10mg Injecta (10)	3	1,39	4,17
MAXICLAV 1g/200 mg Injecta (01)	7	24,90	174,30
OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	1	11,86	11,86
PARACETAMOL NORMON 1G INJECTA (50)	6	14,08	84,48
SPASFON 40mg Injecta (06)	6	4,35	26,10
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>445,85</b>
<b>Total pharmacie</b>			<b>445,85</b>


 FCKM - Pharmacie de la ville d'El Jadida  
 Tel.: 05 29 03 53 45  
 Fax.: 05 29 06 34 77  
 E-mail: contact@fckm.fk.ma  
 N° R.P. 090061862

Le : 25/06/2023

Références 89 589 / 306251553130938105

MUPRAS

Entrée / Sortie : 23/06/2023 - 25/06/2023

Le Dr. EL YOUSSEOUFI SMAEL

présente à Mlle EL OUARDI WISSAL

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
200,00 Dhs (DEUX CENTS DIRHAMS)

et le - la prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

El YOUSSEOUFI SMAEL  
Date : 25/06/2023  
Fax : 05 29 00 41 17  
Email : contact@fckm.fck.men  
N°INP 099061862

Cachet et signature

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## BILLET DE SORTIE

Nom du patient : <b>EL OUARDI WISSAL</b>		
Chambre : <b>C440-F</b>		
Médecin traitant <b>PR. NOURI ABDELLAH</b>		
Prise en charge <b>MUPRAS</b>		
Date entrée <b>23/06/2023</b>		
Date sortie <b>25/06/2023 11:04</b>		
Le caissier	L'infirmier	Le major
<i>Billet de sortie établi par : JAW.BAD 27/06/2023 17:04 2300706820</i>		



ie 27/06/2023

121 64  
110 63

67 ✓  
68 ✓

je 27/06/2023

121 64

110 63

67 ✓  
68 ✓

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

Date : 23/06/2023  
Numéro : 89 170



090061862

Nom patient : EL OUARDI WISSAL

Médecin : DR. BENJELLOUN NABIL  
*Hépato-gastro-entéro*

2300706735

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00

Total 300,00

*Arrêtée la présente à la somme de :*  
TROIS CENTS DIRHAMS



A handwritten signature is written over a printed address block. The printed text includes:  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
BP 82403 Oum Rabii  
Tél: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 22 89 28 54  
N°INP 090061862  
N°ICE 001740003000026

## HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Nº : 23062313323762904 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300706735	EL OUARDI WISSAL	23/06/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	000127	300,00
PAYANT	Total payé	300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

Reçu établi par : FAT.AAT





مركز التحديات

ACHAT

23/06/23 12:29:10

99009648/6 99648701

HOP CHEIKH KHALIFA M3

Casablanca

A0000000031010

\*\*\*\*\*5869 VISA

CARTE LOCALE 220-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD

Num Transaction : 010

Num Autorisation : 0V4981

STAN : 000127

---

TICKET CLIENT