

## 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**

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>8754</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre :</b> <b>EL HASANI ABDELILAH</b>	
Nom & Prénom : <b>EL HASANI ABDELILAH</b>			
Date de naissance : <b>27-10-1965</b>			
Adresse : <b>6 RES WARDA</b>			
Tél. : <b>0666871065</b>		Total des frais engagés : <b>1846,60</b> Dhs	

**Cadre réservé au Médecin**

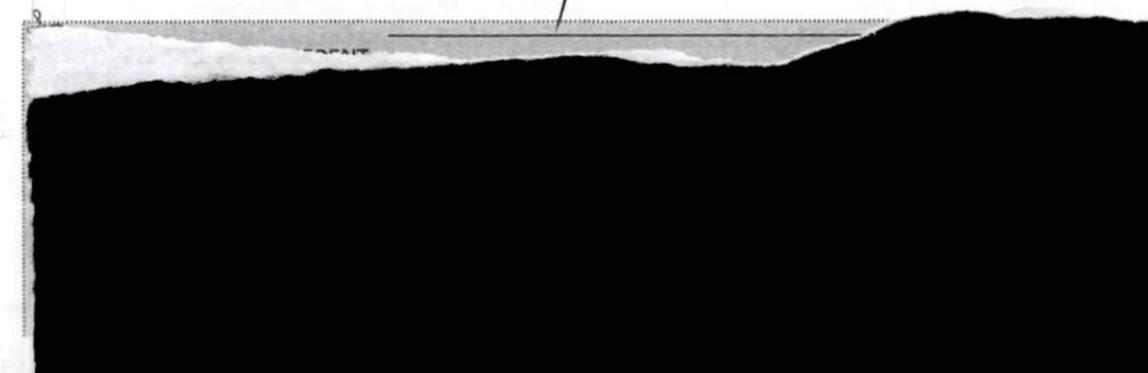
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<b>12, 11, 2023</b>
Nom et prénom du malade :	<b>EL HASANI MOHAMED REDA</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>T'AXIMMIZIME</b>
En cas d'accident 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**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **12, 11, 2023**



RELEVE DES FRAIS HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12-11-2023	Voir la facture N° 158959	1	178,190	Hôpital Universitaire Internationale de Tima Professeur ADNAN KHALIL
				Hôpital Universitaire Internationale de Cheikh Khalil Professeur ADNAN KHALIL
				Professeur ADNAN KHALIL
				Pédiatrie
				INP

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/22	61,70

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000 00000000			D	00000000	00000000	35533411 11433553			B			
	H	25533412	21433552																
	00000000 00000000																		
	D	00000000	00000000																
	35533411 11433553																		
	B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																			
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																			
CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/> CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																			



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

المستشفى الجامعي  
الدولي الشیخ خلیفة



## وصفة طبية Ordonnance

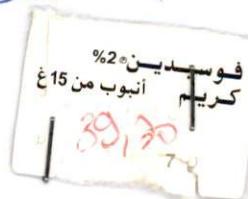
Casablar

PATIENT  
Nom : MOHAMED REDA  
Prénom : EL HASANI  
DNI : 03/11/2006 E : 12/11/2023  
Service : URGENCES (NA)  
Sexe : M

PATIENT  
Nom : MOHAMED REDA  
Prénom : EL HASANI  
DNI : 03/11/2006 E : 12/11/2023  
Service : URGENCES (NA)  
Sexe : M



230077228 / HO123034290  
S. Salma  
Fucidine 0.2%  
gel 30g  
x 60



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur ADNANE FATIMA  
Rhumatologue

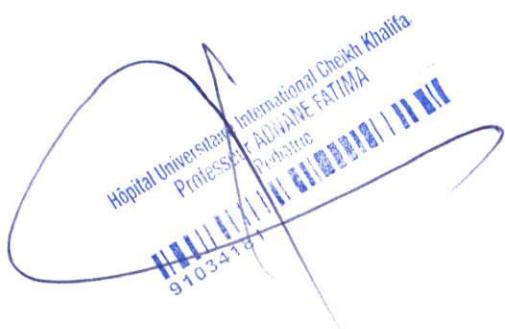
91034481

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc  
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367  
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Sodau Igdael

Igdael avl

x lg





فة طبية

Ord

230077228 / H0123034290  
Prénom : MOHAMED REDA  
Nom : EL HASSANI  
DDN : 03/11/2006 E: 12/11/2023  
Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe: M

Casablanca, le :

Mobile: 0529 00 44 44  
Fax: 0529 00 44 44  
Email: comite@hck.ma  
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Télé: 0529 00 44 44  
Fax: 0529 00 44 44  
Email: comite@hck.ma  
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Télé: 0529 00 44 44  
Fax: 0529 00 44 44  
Email: comite@hck.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur ABDELINE FAITMA  
Pediatre  
91034 Casablanca  
Morocco

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 158 959 / 2023 du 12/11/2023

Nom patient : EL HASSANI MOHAMED REDA

Entrée 12/11/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 12/11/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE PEDIATRIE K30	1,00		300,00	300,00
	30,00		45,00	1 350,00
		Sous-Total		1 650,00
PHARMACIE	1,00		131,90	131,90
		Sous-Total		131,90
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 781,90</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>1 781,90</b>
MILLE SEPT CENT QUATRE-VINGT-UN DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX CENTIMES		

Encaissements	Espèces	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	431,90	1 350,00	1 781,90	0,00

Tel: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 22 89 28 54  
E-mail : contact@fckm-hck.ma  
Site : www.fckm-hck.ma

## Reçu de caisse

N° : 2311121955179380 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300777228	EL HASSANI MOHAMED R	12/11/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	006116	1 350,00
PAYANT	Total payé	1 350,00
MILLE TROIS CENT CINQUA		

Reçu établi par : ABD.KAR

Le 12 Novembre 2023  
L'opéra Casablanca  
Tel.: 05 29 00 53 77  
Fax : 05 29 00 53 77  
Email : [contact@opera-casablanca.com](mailto:contact@opera-casablanca.com)

SERVICE DES URGENCES

Casablanca, le 12-11-2023

# COMPTE RENDU

Je soussigné, ..... Certifie avoir examiné  
Mr/Mme E L H... Me... Mohamed Re... Le : 18/11/2023

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de Troubles digestifs  
plaie de do.

Patient(e) a bénéficié d'un :

- Traitement symptomatique.
- Bilan Biologique.
- Bilan Radiologique :

Sous  
med

- RADIO .....
- ECHOGRAPHIE .....
- SCANNER .....
- IRM .....
- AUTRES : K30

d K30

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur ADNANE FATIMA  
Pédiatrie



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

Hôpital Cheikh Khalifa  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@ickm-hck.m

Date : 12 / 11 / 2023

Quittance - Paiement espèces 0829503

230477928 IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : .....

Patient : 06 17086001 Alshem - reda

Payé par : .....

Cachet



Date : 21/11/2023

**Quittance - Paiement espèces 0829501**

N° D'admission : 2302777228 IPP : Montant : 30000

Patient : El Hassan Mohamed-reda

Payé par : lui

**Cachet**



مصرف العربي للتجارة

12/11/23

18:43:32

9900397770

93977701

HOP CHEIKH KHALIFA G3  
Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

EL HASSANI/ABDELILAH.MR

xxxxxxxxxxxxxx9537

08/25 CARTE NATIONALE

57FACB6778648BF4

220-0-9999-1-44

MONTANT : 1350,00 MAD

NUM TRANSACTION : 019

NUM AUTORISATION : 204922

STAN : 006116

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVÉ

COPIE CLIENT