

# 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
- 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 : 1700 Société : R.A.M

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : BENJENRA HASSAN Date de naissance : 20-06-1956

Adresse : 64 HAJ FATH 5 SULFA CASA

Tél. : 06 64 16 21 05 Total des frais engagés : 771 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/01/2014 Nom et prénom du malade : BENJENRA HASSAN Age : 68

Lien de parenté :  **Lui-même**  **Conjoint**  **Enfant**

Nature de la maladie : CANCER MÉSOTÉLIOMA

Affection longue durée ou chronique :  **ALD**  **ALC** Pathologie : RECHERCHE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : RECHERCHE

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 : 21/01/2014

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le :

18/04/2024

74,80 x 2

Benzine Maroc

1) Spectre 500 mg



1 kg / j poft 10j

2) Cedrol 1g

1 kg / j n'absorbe

22,00

17,16,60



22,00



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

Date : 05/01/2024

Quittance - Paiement espèces

0844511

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 300

Patient : ..... B6W3G7NA, HASSAN

Payé par : ..... *Signature*



Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HICK

Date : 05/01/2024

Quittance - Paiement espèces

0844431

IPP : .....

N° D'admission : 1422297712 Montant : 30000.00

Patient : BENJEMRA HASSAN

Payé par : .....

Cachet

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N°

2373 / 2024 du 05/01/2024

Nom patient : BENJEMRA HASSAN

Entrée 05/01/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 05/01/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'UROLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

Hôpital Universitaire International  
Cheikh Khalifa  
Service Urologie  
INPE-090061862  
tél: 0529004477

وصفة طبية  
Ordonnance

25/01/24

Casablanca, le :

REZEN TETMIRA Halkam

- Gav.

- TTr<sub>2</sub> + HTA

- Calend. médical

->

C.P.A

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr Ass EL OMRI GHASSANE  
urologie

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

## F A C T U R E

N° : **2547 / 2024** du **05/01/2024**

Nom patient	<b>BENJEMRA HASSAN</b>	Entrée	<b>05/01/2024</b>
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	<b>05/01/2024</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE</b>	<b>1,00</b>		<b>300,00</b>	<b>300,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026  
Email: compta@fckm.ma  
N°INP 090061862  
N°ICE 001740003000026

### Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani,  
BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca, Maroc  
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868

www.hck.ma

CNSS N° 9779309, ID Fiscal 4 [REDACTED] Boulevard Mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Oum Rabii,  
Hay Hassani Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026