

# 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

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

Matricule : *S.204* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

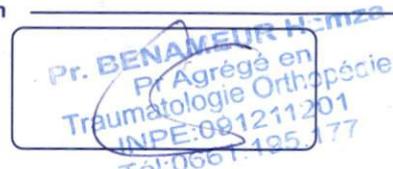
Nom & Prénom : *BENABDERRAHMANE ALLAL*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *Fracture* ..... *Pr fracture radio distale* .....

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : *R. ACCUEIL*



## **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
12/12/2023	4		300000	RENAUD MAR ADE 09/12/2023 Traumatologie Ortopédie INPEC : 091211201 Tél : 0661-195-177

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/12/2023	Réduire la poitrine	180,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

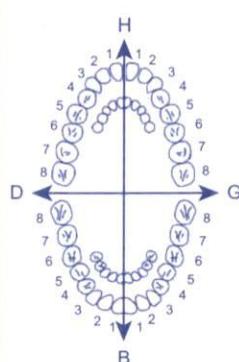
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

D

00000000	00000000
35533411	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 :

12/12/2023

BENAMOUR NABIL

Rx

Hôpital Cheikh Khalifa  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 44 66  
E-mail : www.hck-fckm.ma

dr f

Dr. BENAMEUR-Hamza  
Pr Agrégé en  
Traumatologie Orthopédie  
INPE:091211201  
Tél: 0529.61.195.177

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 175 588 / 2023 du 12/12/2023

Nom patient : **BERRADA NAIMA**

Entrée 12/12/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 12/12/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DU POIGNET DE FACE ET DE PR	1,00		180,00 Sous-Total	180,00 180,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>180,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

**Total 180,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	180,00	180,00	0,00

Service Radiologie  
Tél: (+212) 0529 00 44 66  
mail: www.hck-fekm.m

CASABLANCA, le 12/12/2023

PATIENT : BERRADA NAIMA

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

IPP : H0123032394

DATE NAISSANCE : 22/11/1939

NUMERO DOSSIER : 2300794179

## Rx MAINS FACE ET PROFIL

Déminéralisation osseuse.

Contrôle de matériel d'ostéosynthèse sur fracture de l'extrémité du radius.

Interligne articulaire respectée.

Surfaces articulaires régulières.

En vous remerciant de votre confiance  
Signé : Dr BENSAAD HOUDA

DR BENSAAD HOUDA  
Radiologue  
INPE: 081274482

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](http://www.hck.fckm.ma)

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 231212134312NA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300794179	BERRADA NAIMA	12/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	008174	180,00
	Total payé	180,00

Reçu établi par : NAI.BEN

*[Signature]*  
Hopital Cheikh Khalifa ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (012) 5527 00 44 66  
E-mail : www.hck-kclm.ma

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

**CASABLANCA**

## **Reçu de caisse**

N° : 231212132154SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300794141	BERRADA NAIMA	12/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0938	300,00
	<b>Total payé</b>	<b>300,00</b>

Reçu établi par : SAR.SLA



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 175 555 / 2023 du 12/12/2023

Nom patient : **BERRADA NAIMA**

Entrée 12/12/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

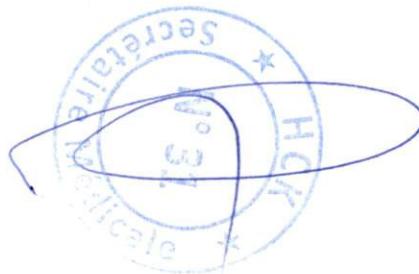
Sortie 12/12/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE	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	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00





مركز التقديمات

12/12/23 12:29:41  
9900398067  
93980601  
HOP CHEIKH KHALIFA G12  
Casablanca

A0000000031010  
APP : VISA  
BERRADA EP TAHIRI NA/.  
xxxxxxxxxxxxx3404  
04/25 CARTE NATIONALE  
55C48A554A430A09  
226-0-9999-1-44

MONTANT: 180,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 010  
NUM AUTORISATION: 939841  
STAN : 008174

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT



مركز الت Cediyat

**ACHAT**

12/12/23

12:09:45

9900964918

99649101

**HOP CHEIKH KHALIFA M5**

Casablanca

A0000000031010

\*\*\*\*\*3404

VISA

CARTE LOCALE

226-0-9999-1-44

**MONTANT :**

**300,00 MAD**

Num Transaction : 020

Num Autorisation : 703095

STAN : 000938

---

TICKET CLIENT