

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.

**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° M21- 065579

192468

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1204 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOURADA NAJIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Smi pr facture jointe

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ 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
26/12/23	Ablation de Matériel		1800,00	

# 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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

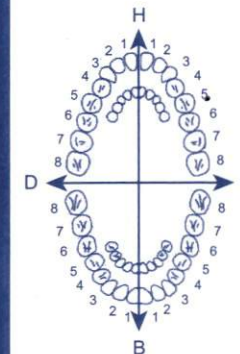
Coefficient

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 G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)

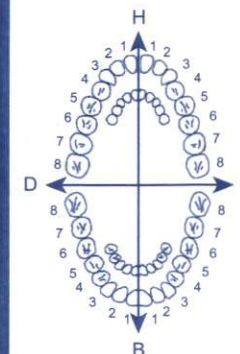
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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

Ordonnance

Casablanca, le :

Naima Benada

26/12/2023

- 1/10 de Orfèvre
- 1/2 de Orfèvre
- 1/2 de Orfèvre
- 1/2 de Orfèvre



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 184 029 / 2023 du 26/12/2023

Nom patient : BERRADA NAIMA

Entrée 26/12/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 26/12/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ABLATION DE MATERIEL D'OSTEOSYNTHESE OU DE PROTHESE: AUTRES LOCALISATIONS	1,00		1 800,00	1 800,00
			Sous-Total	1 800,00
Total Frais Clinique				1 800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE HUIT CENTS DIRHAMS

Total 1 800,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	1 800,00	1 800,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel : 05 29 03 53 45 - FAX : 05 29 00 44 77  
 N° INPS : 090061862 - ICE : 001740003000026  
 E-mail : contact@ickm-hcm.qa

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2312211212566290. / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300799578	BERRADA NAIMA	21/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1372 BERRADA EP TAHIRI NAIMA	1 700,00
PAYANT	Total payé	1 700,00
MILLE SEPT CENTS DIRHAM		

Reçu établi par : FAT.AAT

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel : 05 29 03 53 45 - FAX : 05 29 00 44 77  
N° INFE : 000061862 - ICC-ICK : 001740003000026  
E-mail : contact@ickm-ick.ma

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 184 029 / 2023 du 26/12/2023

Nom patient : BERRADA NAIMA

Entrée 26/12/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 26/12/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ABLATION DE MATERIEL D'OSTEOSYNTHESE OU DE PROTHESE; AUTRES LOCALISATIONS	1,00		1 800,00	1 800,00
			Sous-Total	1 800,00
Total Frais Clinique				1 800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE HUIT CENTS DIRHAMS

Total 1 800,00

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		1 800,00	1 800,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel : 05 29 03 53 45 - FAX : 05 29 00 44 77  
N° INPE : 090061862 - ICE HCK : 001740003000026  
E-mail : contact@icckm-hk.ma



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## BILLET DE SORTIE

Nom du patient : <b>BERRADA NAIMA</b>		
Chambre : <b>NA</b>		
Médecin traitant	<b>BENAMEUR HAMZA</b>	
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	
Date entrée	<b>26/12/2023</b>	
Date sortie	<b>26/12/2023</b>	<b>16:50</b>
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : JAW.BAD 04/01/2024 13:59 2300799578		

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel : 05 29 03 53 45 - FAX : 05 29 00 44 77  
N° INPE : 090061862 - ICE-HCK : 001740003000026  
E-mail : contact@hckm-hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2312261659581240 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300799578	BERRADA NAIMA	26/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1475	100,00
PAYANT	Total payé	100,00
		CENT DIRHAMS

Reçu établi par : IMAJAF

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel : 05 29 03 53 45 - FAX : 05 29 00 44 77  
N° INPE : 050061862 - ICE HCK : 001740003000026  
E-mail : contact@hck.ma



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N°: 2312261659581240 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300799578	BERRADA NAIMA	26/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1475	100,00
PAYANT	Total payé	100,00
		CENT DIRHAMS

Reçu établi par : IMAJAF



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2312211212566290 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300799578	BERRADA NAIMA	21/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1372 BERRADA EP TAHIRI NAIMA	1 700,00
PAYANT	Total payé	1 700,00
MILLE SEPT CENTS DIRHAM		

Reçu établi par : FAT.AAT







مركز النقديات

ACHAT

21/12/23

11:00:47

9900964900

99649001

**HOP CHEIKH KHALIFA M2**

Casablanca

A0000000031010

\*\*\*\*\*3404

VISA

CARTE LOCALE

226-0-9999-1-44

**MONTANT :**

**1700,00 MAD**

Num Transaction

: 004

Num Autorisation

: 216820

STAN

: 001372

---

TICKET CLIENT



مركز النقديات

ACHAT

26/12/23

16:47:31

9900964900

99649001

HOP CHEIKH KHALIFA M2

Casablanca

A00000000031010

\*\*\*\*\*3404

VISA

CARTE LOCALE

226-0-9999-1-44

**MONTANT :**

**100,00 MAD**

Num Transaction

: 027

Num Autorisation

: 217104

STAN

: 001475

---

TICKET CLIENT



Casablanca, le mardi 26 décembre 2023

## Compte Rendu opératoire

Identification du Patient	Information sur le Séjour
Nom : BERRADA	Médecin traitant : Prof. Assistant BENAMEUR HAMZA Traumatologie
Prénom : NAIMA	Service d'hospitalisation : Hôpital de jour Chirurgie 2
Age : 84 ans	IPP du patient : H0123032394
Sexe : Féminin	NDA séjour : 2300799578
Date de l'intervention : 26/12/2023	

### INTERVENANTS :

EL KETTANI EL HAMIDI CHAFIK - MÉDECIN ANESTHÉSISTE - Entrée :12:33  
BENAMEUR HAMZA - MEDECIN PT PERMANENT  
BOUHDID WISSAL - IBODE - Entrée :12:34  
ZHOURI AYOUB - IBODE - Entrée :12:34  
FORKANE NAJLAA - IBODE - Entrée :12:34

### ACTES CHIRURGICAUX EFFECTUES :

ABLATION DE MATÉRIEL

### MODE D'ANESTHÉSIE :

*Patient informé des risques, conséquences et complications éventuelles de l'intervention.*

### COMPTE RENDU OPERATOIRE :

PATIENTE EN DECUBITUS DORSAL SOUS MASQUE LARYNGE  
MEMBRE SUPERIEUR DROIT SUR TABLE MAIN  
APRES BADIGEONNAGE ET CHAMPAGE STERILE  
INCISION CUTANEE  
ABLATION DES 2 BROCHES INTRAFOCALLES DORSALES ET UNE BROCHE STYLOIDIENNE  
FERMETURE AU NYLON 3/0  
PANSEMENT STERILE A LA BANDE DE VELPEAU

**SIGNATURE :**  
Prof. Assistant BENAMEUR HAMZA



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

26/12/2025

Naima Bunade

22,20 x 2

① codli'pr

8 x 3 / 1 x 088

PPV: 22DH20  
PER: 08/25  
LOT: M2837



PPV: 22DH20  
PER: 08/25  
LOT: M2837



Pr Agrégé en  
ologie Orthopédie  
1942/19201  
195.177



# PHARMACIE EL WAFAA

DOCTEUR ABDELILAH BELLAMINE

PATENTE:31501035 RC:194554 CNSS:1171454  
ICE001597802000096

26/12/2023

FACTURE N°1542685

BERRADA NAIMA

Forme	Désignation	QTTE	PPV	Total
co	codoliprane	2	22.20 DH	44.40 DH
	TOTAL BRUT			44.40 DH
	MONTANT PAYE			44.40 DH
	TOTAL NET A PAYER			44.40 DH

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE  
QUARENTE QUATRE DIRHAMS ET 40CTS

PHARMACIE EL WAFAA  
Dr BELLAMINE Abdelilah  
9, Allée des Sophoras Ain-Sebaa  
Tél. : 35.26.26 / Fax : 66.19.39

ADRESSE:9,ALLEE DES SOPHORAS AIN-SEBAA CASABLANCA  
TEL:05-22-35-26-26 /05-22-66-19-39