

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-506259

199803

Autres



Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9909

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

QASM ABDELLAH

Date de naissance :

04/05/1973

Adresse :

URB GSARAH AVASSEMANE VILLA 24  
OUED  
CASABLANCA

Tél. :

06611151698

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

05/03/2024

Nom et prénom du malade :

QASM Abdellah

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Épilepsie distorsionnelle

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 : 05/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

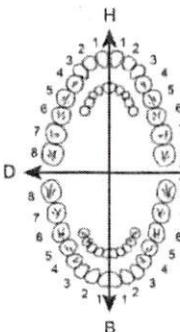
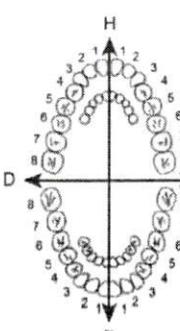
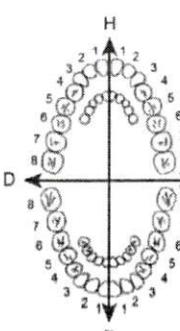
AT

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
05/03/24			300 DH	INP : <input type="text"/> Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Dr. FATIMA ABDELLATIF Rue de la Fatima et Readaptation Medecine Physique et Rehabilitative

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/03/24	224,90

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Universitaire International Cheikh Khalifa Dr OTHMAN AYOUCHE Radiologie	05/03/24	création de la paupière	400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX				
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	

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	INP : <input type="text"/>
				
				
Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
G				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 05/03/2024

LOT/EXP.:

HA0216  
02/2028  
P.P.V: 37DH70

QASM Abs des laur

134140

101- Arixib 60mg ~~S.V.~~ q

LOT : 230726  
EXP : 05/2026  
PPV : 134,40DH

01 Cp lemat

LOT 220197  
EXP 09/2024  
PPV 52.80DH

pus 01 Cp (j) Tend 06 jn

52.80

21- Oedp ~~S.V.~~ 20mg gelée  
01 gelée (j) x 08 jn



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. EL FATIMI ABDELLATIF  
Physiothérapie et Réadaptation  
Médecine physique et réadaptation

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

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le : 05/03/2024

QASM Abs des larmes

Épaule dite tuberculée

Conflictuelle

Échographie épaule  
Dite

Hôpital Cheikh Khalifa  
Service Radiologie  
Tél: (+212) 0529 00 477  
www.hck.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. EL FATIMI ABDELLATIF  
Médecine Physique et Réadaptation  
091037077

## Reçu de caisse

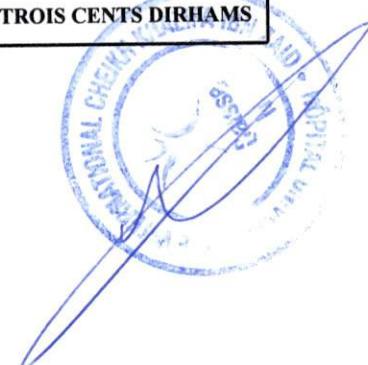
MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 24030512365111191 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400843051	QASM ABDESLAM	05/03/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	9919 LUI MEME	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : AZLOUA



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

N° 37 726 / 2024 du 05/03/2024

Nom patient : **QASM ABDESLAM**

Entrée 05/03/2024

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 05/03/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE MEDECINE PHYSIQUE	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						<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
							300,00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Service Rééducation  
N° INP : 090061862

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 37 754 / 2024 du 05/03/2024

Nom patient : **QASM ABDESLAM**

Entrée 05/03/2024

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 05/03/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE	1,00		400,00 Sous-Total	400,00 400,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>400,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

QUATRE CENTS DIRHAMS

**Total 400,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	400,00	400,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 46 66

## Reçu de caisse

N° : 240305124653KA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400843076	QASM ABDESLAM	05/03/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	011712	400,00
	<b>Total payé</b>	<b>400,00</b>

Reçu établi par : K.IW.FAT

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 44 66  
E-mail : [www.hck.tckm.ma](http://www.hck.tckm.ma)