

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## litions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2823 Société : R

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BOLLANE KHADIJA

Date de naissance : 1 - 01 - 1955

Adresse : LOT. AL MOUNTAZAH n° 106

AÏN DIAB

Tél. : 06.68.83.38.89 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : BOLLANE KHADIJA App. : 08 Nov. 2019

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Fortune propté ghr + A.C.B à ghr

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

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

**RAS**

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/09/19			300 DT	<p>Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid Dr AL IDRISI Najib Résident Assistant Orthopédie-Traumatologie</p> <p>071153902</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 62, Rue de la Casbah Ain Diab - Casablanca Tel : 05 22 79 81 32	13/09/19	1238,95

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid Tél : (+212) 0522 798132 Email : www.hckick.com	16.09.19	Rx Anches cervicales Rx RPAutre Rx Radiographie Rx Radiographie supplémentaire	79000 DM

### 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 d

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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 :

17/09/2019  
Dr AL IDRISI Najib  
Professeur Assistant  
Orthopéde-Orthopédie  
Boulaq  
Khalifa

E-mail : [www.hck-fcgm.ma](http://www.hck-fcgm.ma)  
Tél : (+212) 0529004466  
Service Radiologie  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Casablanca - Maroc

Rx Naciri cent  
f  
Rx epaule gdr - f  
(arthrose)  
Lang  
Rx poignet gdr - f  
f

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr AL IDRISI Najib  
Orthopéde-Orthopédie

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casablanca • Maroc  
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • [www.hck.ma](http://www.hck.ma)

071153902

70058199/00-1  
ANM 294/17 DNP/21/NRQ



Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1  
ANM 294/17 DNP/21/NRQ



Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيف خلية  
بخت  
بكتور



6 118 001 160 471  
Fosavance 5600 UI  
4 comprimés  
P.P.V: 193,60 DH

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

17/09/14

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr AL IDRISI Najib  
Professeur Assis\* et  
Orthopédi-Traumatologie  
0/1153902

Rais

Khalifa  
Khalifa

193.60 x 6



① Fosavance 40g

27.70



Ep (Semaine)

60x3

②

Vitaminic doses

PHARMACIE RAIS  
+ 62, Rue de la Mer  
Ain Diab - Casablanca  
Tél : 05 22 75 91 52

49.60



Ep Y

③

Dene doses

Ep M J

= 1938.90

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr AL IDRISI Najib  
Professeur Assis\* et  
Orthopédi-Traumatologie

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassan, BP 82403 Casa Oum Rabin Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma



**Vita C 1000®**

PPV 27DH70

EXP 10/2021  
LOT 89022 4



PPU: 49,50 DH  
LOT: 19E15/B  
EXP: 05/2022



محلول زيتى للشرب

فيتامين D3

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 112 135 / 2019 du 13/09/2019

Nom patient : BOULANE KHADIJA

Entrée 13/09/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 13/09/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
- Consultation de traumatologie	1,00		300,00	300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300,00**

Encaissements					Total encaissé	Solde
						<b>300,00</b>

INNP 09006186  
29 03 53 45  
Email: csmct@fdm.ma  
229 00 44 77  
topi@zain.ma  
10/11/2019  
10/11/2019

## Reçu de caisse

Méd'HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 1909130858262850 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900113474	BOULANE KHADIJA	13/09/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	10373	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : IMA.JAF



13/09/19 09:00:24  
 9900397754  
 93977501  
 HOP CHEIKH KHALIFA G2  
 Casablanca

A00000000032010  
 APP : Visa /KHAD.M  
 BOULANE xxxxxxxxxxxx1089  
 02/22 CARTE NATIONALE  
 1CEC371E66E891CF  
 620-0-9999-1-4

MONTANT : 300,00 MAD  
 NUM TRANSACTION : 003  
 NUM AUTORISATION : 003747  
 STAN : 010373

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT

Casablanca , le 16/09/2019

PATIENT : BOULANE Khadija

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

## Rx MAINS FACE ET PROFIL

Déminéralisation osseuse diffuse en faveur d'une algodystrophie

Fracture consolidée de l'extrémité inférieure du radius

Interligne articulaire respectée.

Surfaces articulaires régulières.

Absence de calcifications des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr Rami

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
RAMI AMAL  
Professeur Assistant  
Radiologie  
091188139

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)

## FACTURE

N° 113 137 / 2019 du 16/09/2019

Nom patient : BOULANE KHADIJA

Entrée 16/09/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 16/09/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Radiographie du rachis cervical sous u	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographiq	1,00		50,00	50,00
- Radiographie de l'épaule sous une inc	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographiq	3,00		50,00	150,00
- Radiographie du poignet sous une incid	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographiq	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	790,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>790,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENT QUATRE-VINGT-DIX DIRHAMS

**Total 790,00**

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			790,00		790,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Service Radiologie  
 Tel: (+212) 0529004466  
 Email: www.hckfckm.ma