

## 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° W19-433897

CA



### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12652

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LEMDI LKI DOUNIA

Date de naissance : 20/06/1988

Adresse : 236 lot florida , route Naïmef

Tél. : 06.61.73.47.27

Total des frais engagés :

679

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Hôpital Universitaire International Cheikh Khaila

BOUZYAH Amal

Gynécologie Obstétrique

031183376

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/01/2019

Nom et prénom du malade : Lemdi LKI DOUNIA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

5/15 OCT 2019

Hôpital Universitaire International Cheikh Khaila  
Bouzyah Amal  
Gynécologie Obstétrique

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.

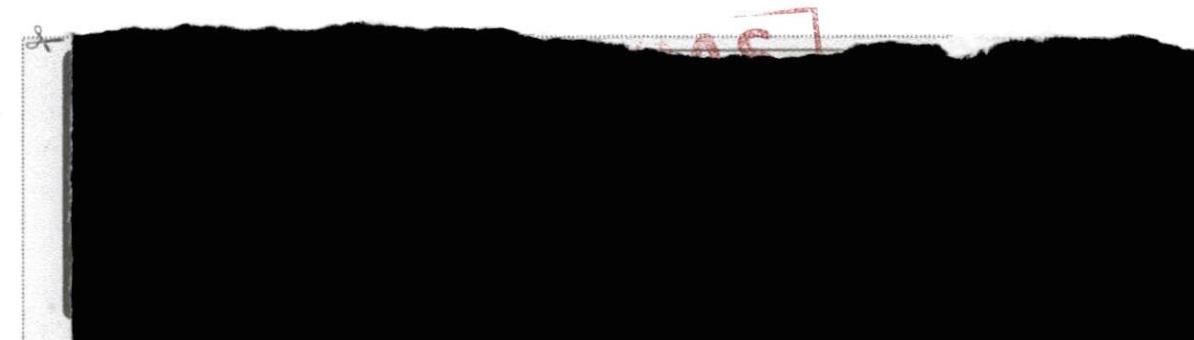
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 16/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/7/13	€ 9,-

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>													
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>													
					<b>MONTANTS DES SOINS</b>													
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b>													
					<b>FIN D'EXECUTION</b>													
<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>255334112</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	255334112	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>	
H	255334112	21433552																
D	00000000	00000000																
B	35533411	11433553																
G	00000000	00000000																
					<b>MONTANTS DES SOINS</b>													
					<b>DATE DU DEVIS</b>													
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b>													

## وصفة طبية

### Ordonnance

Casablanca, le :

٢٦/٥/٢٠٢٣

Dr. Abdellatif Benazzouj

79.0

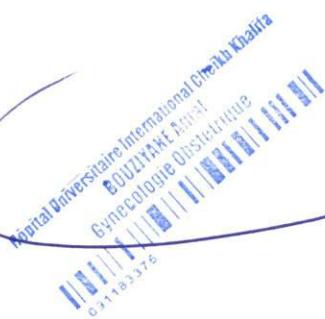
Niofer



F=79.0

1 gel )

- 1 ml



# Reçu de caisse

N° : 190716150738NA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900089637	LEMDILKI DOUNIA	16/07/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3458 LEMDILKI DOUNIA	600,00
	Total payé	600,00

Reçu établi par : NAW.BEL

Centre  
Monétique  
Interbancaire

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@fckm.hck.ma  
N°INP 090061862

16/07/19 15:08:35  
9900398091  
93980901  
HOP CHEIKH KHALIFA G14  
Casablanca

A0000000031010  
APP : VISA CLASSIQUE  
MILLE DOUNIA LEMDILKI  
xxxxxxxxxxxxxx7799  
02/20 CARTE NATIONALE  
712E77A8B16F4333  
606-0-9999-1-44

MONTANT : 600,00 MAD

NUM TRANSACTION : 009  
NUM AUTORISATION: 0V2728  
STAN : 003458

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 88 952 / 2019 du 16/07/2019

Nom patient : LEMDILKI DOUNIA

Entrée 16/07/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 16/07/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULT SPECIALITE GYNECO+ECHO	1,00	CS	600,00 Sous-Total	600,00 600,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>600,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

SIX CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>600,00</b>

Encassements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	600,00	600,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@ckim.hck.ma  
N°INP 090061862

## Echographie Gynécologique et Obstétricale

Date : 16/07/2010

NOM & PRENOM : Mme Bentli Dara

DDR

Age gestationnel :

Opérateur :

Indication : Echographie du 3ème trimestre

Présentation, Vitalité :

- Foetus en présentation céphalique
- Mouvements foetaux normaux, mouvements thoraciques vus; bon tonus.
- Activité cardiaque régulière.
- FC : 142 btt/mn

Annexes :

- La quantité de liquide est normale.
- Le placenta est ANBI

Biométrie :

- BIP : 77 mm
- PC : 71.5 mm
- CA : 33.2 mm
- LF : 72 mm
- EPF : 3021 g

± 432g

Conclusion : Grossesse monofoetale évolutive de 37 SA sans particularité.

DR.