

## 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.

N° W19-530135

25048

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **6444** Société : **RAN**

Actif  Pensionné(e)  Autre : **RANZAH RACHID**

Nom & Prénom : **RANZAH RACHID**

Date de naissance : **13/12/1965**

Adresse : **LES CHALETS DE BOUSKOURA 17 BOUSKOURA CASABLANCA**

Tél. : **0661226340** Total des frais engagés : **1449,00 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

**Dr. H. DAHBI-SALI**  
Professeur en Dermatologie

Cachet du médecin :

Date de consultation : **3/01/2020**

Nom et prénom du malade : **MANZA RACHID**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : **Dermose atopique**

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 : **CASABLANCA**

Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEIL SIEGE RAM**

**3 MARS 2020**

**10/03/2020**

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
31/12/2020			Cot	INP : 09 MUSICAL Dr. H. DAHBI SMAIL Professeur en Dermatologie

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Hôpital de Toulon M. BERT-STRALI		

A photograph of Dr. H. Dahbi's professional card. The card is blue and white, featuring his name at the top, followed by 'Professeur en Dermatologie' and 'Analyse'. It includes a signature, a photo, and various contact details.

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Professeur	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Cognac et signature du Laboratoire et du Radiologue	06/11/2012	6 séances de photothérapie	720,00 Dhs
H. DAHBI-SKAII Professeur en Dermatologie	06/11/2012		720,00 Dhs

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Spins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the distribution of granule cells in the dorsal raphe nucleus (DRN) across the midbrain and pons. The DRN is shown as a series of interconnected clusters of small circles (granule cells) arranged along a horizontal axis. The clusters are labeled with numbers representing their position along the axis, ranging from 1 to 8. The clusters are organized into two main groups: a dorsal group (labeled D) and a ventral group (labeled V). The dorsal group consists of clusters 1 through 4, while the ventral group consists of clusters 5 through 8. The clusters are interconnected by a network of lines, indicating their anatomical connections. The entire structure is oriented with an anterior-posterior axis (A-P), indicated by arrows at the top and bottom.

#### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 1 788 / 2020 du 06/01/2020

Nom patient : **MANZAH RACHID**

Entrée 06/01/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 06/01/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- PUVA thérapie corps entier ou extémité	6,00		120,00 Sous-Total	720,00 720,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>720,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

SEPT CENT VINGT DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>720,00</b>

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		720,00		720,00	0,00

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

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

CASABLANCA

**Reçu de caisse***MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID*

N° : 2001061210421150 / 3 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000163852	MANZAH RACHID	06/01/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3979	720,00
PAYANT	Total payé	720,00
SEPT CENT VINGT DIRHAMSMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : GHI.SEL

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Tél.: 05 29 03 53 45

Fax : 05 29 00 44 77

E-mail : contact@fekm.hck.ma

N°INP 090061862

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 03/01/2020

M<sup>2</sup>  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 74  
E-mail : contact@ibz.hck.ma  
N°INP 090061362

12 Séances de photothérapie  
(2 séances / semaine)

Dr. H. DAHBI-SKALI  
Professeur en Dermatologie

LE 04/03/2020

## CERTIFICAT MEDICAL

Mr **MANZAH RACHID**; est suivi en dermatologie à l'hôpital **CHEIKH KHALIFA** à Casablanca, nécessitant un traitement par spécialisé avec une surveillance médicale stricte et ceci pour une durée de 12 séances du 06/01/2020 au 14/02/2020, renouvelable selon l'évolution de la dermatose.

Certificat délivrée pour servir et valoir à qui de droit.

**Pr DAHBI SKALI HAYAT**

Dr. H. DAHBI SKALI  
Professeur en Dermatologie

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2001281548401150 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000175605	MANZAH RACHID	28/01/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	4328	720,00
PAYANT	Total payé	720,00
SEPT CENT VINGT DIRHAMSMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : GHI.SEL

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 49 11  
E-mail : contact@hckh.ma  
N° H.P 09 06 1862

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° L 100 175 605 / 2020 du 28/01/2020

Nom patient : **MANZAH RACHID**

Entrée 28/01/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 28/01/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- PUVA thérapie corps entier ou extrémité	6,00		120,00 Sous-Total	720,00 720,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>720,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

SEPT CENT VINGT DIRHAMS

**Total 720,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	720,00	720,00	0,00

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



مصرف المغرب

28/01/20 15:45:13  
9900397770  
93977701  
HOP CHEIKH KHALIFA G3  
Casablanca

A0000000041010  
APP : MASTERCARD  
MANZAH RACHID  
xxxxxxxxxxxxx0082  
04/21 CARTE NATIONALE  
FFED2EE0E9C6B056  
201-0-9999-1-55

MONTANT: 720,00 MAD

NUM TRANSACTION : 010  
NUM AUTORISATION: 940436  
STAN : 004328

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT

Dates	Heures	Observations
6. 1. 2020	-	1
9. 1. 2020	-	2
13. 1. 2020	-	3
17. 1. 2020	-	4
20. 1. 2020	-	5
21. 1. 2020	...	6
28. 1. 2020		7
31. 1. 2020		8
4. 2. 2020		9
7. 2. 2020		10
11. 2. 2020		11
14. 2. 2020		12