

# 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.

## Biologie 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.

## Educateur :

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.

## Prothésiste :

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

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° P19-0049133

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01950 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAYALI BRAHIM

Date de naissance : 25/11/48 Habituelle

Adresse : RESIDENCE TADAMOUNE Rue 7

VILLA 44 OULFA CASABLANCA

Tél. : 2522.9097.61 Total des frais engagés : 5800,- Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/02/2020

Nom et prénom du malade : LAYALI BRAHIM Age : 72

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

Nature de la maladie : Colite x pério-péritonite

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 : CASA Le : 28/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
13/02/2020	CS	CS	300 DM	

# 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
	14/02/2020	Drainage	55.00 DM
		Suivi	55.00 DM

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXE



وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le :

13/02/20

M. LAYAN BRAHIM

Mariage d'un

collectif pour pancréatop

sermo- quider

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
**Dr. Youssef BENNANI**  
Hépatogastro-Entérologue  
INP : 091171850



Casablanca , le

14/02/2020

PATIENT : LAYALI Brahim

MEDECIN TRAITANT :

EXAMEN(S) REALISE(S) : Drainage collection sous scanner

**INDICATION**

**Faux kyste du pancréas**

**TECHNIQUE et RESULTATS :**

- Patient en décubitus dorsal.
- Examen réalisé après topogramme et coupes axiales centrées sur la zone d'intérêt.
- Asepsie et Anesthésie locale.
- Mise en place d'un drain 10 F qui ramène du liquide noirâtre adressé pour examen bactériologique
- Absence de complication per ou post procédure.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MAHI**

Code INPE: 011051430

Dr. MAHI Mohamed  
Professeur de Radiologie  
D'Anatomie et d'Interventionnelle  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid - Casablanca  
22, Avenue El Hassan  
Tél : 05 22 44 44 44





# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 21 250 / 2020 du 13/02/2020

Nom patient : LAYALI BRAHIM

Entrée 13/02/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 13/02/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation d'hépatogastro-entérolog	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

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

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 21 673 / 2020 du 14/02/2020

Nom patient : LAYALI BRAHIM

Entrée 14/02/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 14/02/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Drainage scanoguidé	1,00		5 500,00	5 500,00
			Sous-Total	5 500,00
Total Frais Clinique				5 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Total 5 500,00

Encaissements	Espèces			Total encaissé	Solde
	5 500,00			5 500,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tel : (+212) 0529 00 44 66  
E-mail : www.hck-tckm.ma

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tel : (+212) 0529 00 44 66  
E-mail : www.hck-tckm.ma



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 14 / 02 / 2020

Quittance - Paiement espèces

458594

IPP : .....

N° D'admission : 183957 Montant : 5500DH

Patient : LAYALI Brahm

Cachet

