

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

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° M20- 0003989

ND. 52441

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10072

Société : B. A. M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMMI ABJENAHUM

Date de naissance : 1952

Adresse : Tot. Sidi Bou Abdou Rue 3 N° 23 oulfa

Tél. : 0665 78 72 12

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HAMMI CHAMMA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
27/12/2020	facture N° 094			
	total		769,27 dh	

[illegible][illegible]

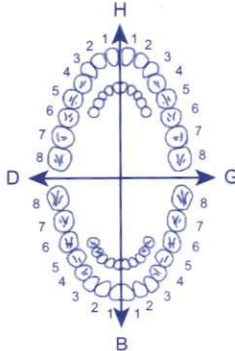
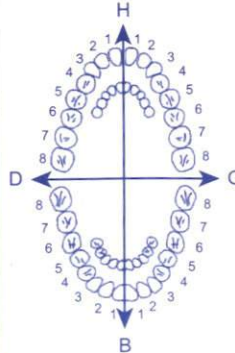
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Sté. MEDIORCA SARL AU 27, Lot. Haj Fatch Bd. H 44 Oufks Casablanca Tél.: 05 22 93 06 85	22-12-20					200,000

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca , le 21/12/2020

PATIENT : HAMMI CHAIMAA

Rx MAIN DROITE FACE ET PROFIL

Minéralisation osseuse normale.

Interligne articulaire respectée.

Surfaces articulaires régulières.

Absence de calcifications des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr BOUKNANI**

Handwritten signature of Dr Bouknani over a blue circular stamp. The stamp contains the text: 'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa', 'Dr BOUKNANI', 'RADIOLOGIE', and '21/12/2020'.

Casablanca , le 21/12/2020

PATIENT : HAMMI CHAIMAA

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

Minéralisation osseuse normale.


Interligne articulaire respectée.

Surfaces articulaires régulières.

Absence de calcifications des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr BOUKNANI**


Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr ASS BOUKNANI
RADIOLOGIE
021246433

Casablanca, le 21/12/2020

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Parturition

COMPTE RENDU

Je soussigné, Certifie avoir examiné

Mr/Mme HAMMI CHAIMAA Le : 21/12/2020

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de Traumatisme de l'aine

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio de l'aine + poignet
- Echographie
- Scanner
- IRM
- Autres :

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin





Coller Etiquette No DAF

N



2000285662 / H0120033479

Prénom : CHAIMAA

Nom : HAMMI

DDN : 23/06/2001 E: 21/12/2020

Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

BILAN

RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Patient se présente pour trauma de la main
et du poignet suite d'une chute

• RADIO STANDARD :

de la main et poignet

☐

FACE

☐

PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

☐

Avec injection

☐

Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐

négative

• IRM :

☐

Pacemaker

☐

Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
CHAIMAA HAMMI
23/06/2001

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

21/12/2020
18:03

Nom Patient	:	HAMMI CHAIMAA	Numéro dossier :	2000285662
-------------	---	---------------	------------------	------------

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
21/12/2020	BANDE DE CREPE 10 CM	986890	1,00	6,30	6,30
21/12/2020	COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	986890	1,00	2,91	2,91
Total pharmacie					9,21


Admission Pharmacie
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 125 994 / 2020 du 21/12/2020

Nom patient : **HAMMI CHAIMAA**

Entrée 21/12/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 21/12/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
- Radiographie de la main sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Radiographie du poignet sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographique supplémenteaire	2,00		50,00	100,00
			Sous-Total	760,00
PHARMACIE	1,00		9,21	9,21
			Sous-Total	9,21
Total Frais Clinique				769,21

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
SEPT CENT SOIXANTE-NEUF DIRHAMS VINGT ET UN CENTIMES	Total 769,21

Encaissements					Total encaissé	Solde
						769,21

Admission Facturation
 HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

24/12/2020



2000285662 / H0120033479

Prénom : CHAIMAA

Nom : HAMMI

DDN : 23/06/2001 E: 21/12/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: F

Orthèse du

Sté. MEDIORCA SARL
27, Lot. Hay Faten BP 44 Oujda
Casablanca / Maroc
Tél.: 05 22 93 06 85

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Admission

Signer droit

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
MARIAMA
M. J. INTERNE



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa



000001002

CHAIMA HAMMI

FACTURE: 787/20

Date : 22/12/2020

Code	Désignation	Qté	P.U. T.T.C	TOTAL T.T.C
UNV20	ORTHESE DU POIGNET	1	200,00	200,00
<p>Sté. MEDIORCA SARL AU 27, Lot. Haj Fateh Bd. H 44 Oulfa Casablanca Tél.: 05 22 93 06 85</p>				TOTAL H.T. 166,67
				TVA 20% 33,33
				TOTAL TTC 200,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX CENT DIRHAMS

Date :

22/02/2020

Quittance - Paiement espèces

IPP :

N° D'admission : Montant : 2,27 dh

Patient : HAMMI CHAIMAA

Cachet

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facturation



Quittance - Paiement espèces

Date : 22/12/2020

0531556

IPP :

N° D'admission : Montant : 760 dh

Patient : Hammel Chaima

Cachet

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

