

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

## ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº M20- 0003989

ND 59441

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 15072 Société : R. H. M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HAMMI AB. Jemaa

Date de naissance : 1962

Adresse : Tot. Sidi Abdellah Rue 3 N° 23 cas. Rga

Tél. : 0668 78 72 18 Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : HAMMI Chen maa

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : fracture

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 ..... / .....

#### **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
27/09/2020	Pratique N° 11111111111111111111111111111111	Hôpital	Montant total : 759,27 dh	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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. Hajjatich Bd. H 44 Oulfa Casablanca Tél.: 05 22 93 06 85	22-12-20					200.000

## 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

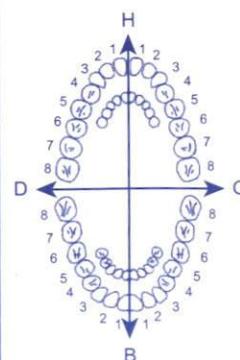
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

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

The image shows a handwritten signature in black ink over a blue circular stamp. The stamp contains the text 'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa', 'BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc', 'Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77', and 'www.hck.fckm.ma'. The signature is written in cursive and appears to be 'Dr BOUKNANI'.

SERVICE DES URGENCES

Casablanca, le 21/12/2012



## COMPTE RENDU

Je soussigné, ..... Certifie avoir examiné

Mr/Mme HAMMI CHAIMAA Le : 21/12/2012

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de ..... Tremblement Dr. Lamine

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitemet symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio Asymptomatic + Rejuge +
- Echographie .....
- Scanner .....
- IRM .....
- Autres : .....

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin



Coller Etiquette De PAR

N 2000285662 / H0120033479  
Prénom : CHAIMAA  
Nom : HAMMI  
DDN : 23/06/2001 E: 21/12/2020  
Service : URGENCES (NA)



# BILAN RADIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe :  M  F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

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

• RADIO STANDARD : de la main et poignet F



FACE



PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :  
 Avec injection       Sans injection  
 Crét : ..... BHCG :  Positive  négative

• IRM :  
 Pacemaker  Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des urgences

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

M. SARA

Médecin urgentiste

## 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	

*[Signature]*  
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
Admission E...

**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**

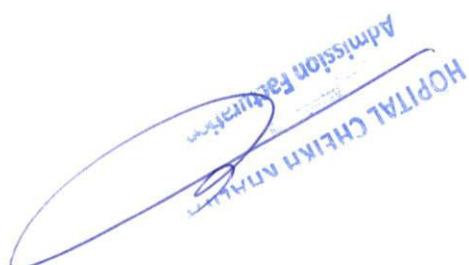
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
- Radiographie de la main sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Radiographie du poignet sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence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

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

SEPT CENT SOIXANTE-NEUF DIRHAMS VINGT ET UN CENTIMES

**Total 769,21**

Encaissements						Total encaissé	Solde
							<b>769,21</b>


  
 Admission Facture  
 HOPITAL CHEIKH NASSER



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

24/12/2020



2000285662 / H0120033479

Prénom : CHAIMAA



PAYANT

Nom : HAMMI

Sexe: F

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

Service : URGENCES (NA)

Orthese du  
Sté. MEDIORCA SARL  
27, Lot. Haj Fateh Bd H. A. Hammouda  
Casablanca 10000  
Tél.: 05 22 93 00 88



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa



**CHAIMA HAMMI**

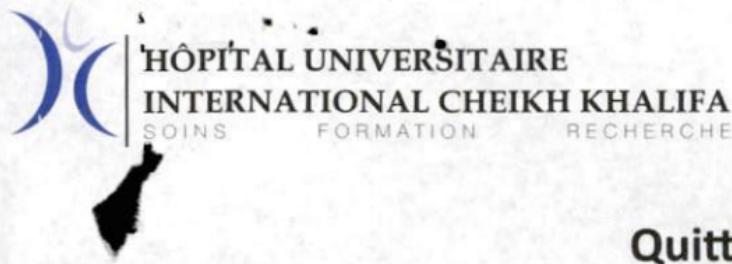
**FACTURE: 787/20**

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
	<i>Sté. MEDIORCA SARL AU 27, Lot. Haj Fateh Bd. H 44 Oulfa Casablanca Tél.: 05 22 93 06 85</i>			
			<b>TOTAL H.T.</b>	<b>166,67</b>
			<b>TVA 20%</b>	<b>33,33</b>
			<b>TOTAL TTC</b>	<b>200,00</b>

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

**DEUX CENT DIRHAMS**



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA

SOINS

FORMATION

RECHERCHE

Date :

0531565

## Quittance - Paiement espèces

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 9,27 dh .....

Patient : ..... Hammid CHAIMAA .....

Cachet



**Quittance - Paiement espèces**

Date : 21/01/2020

Hôpital Cheikh Khalifa 021 44 77  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@fckm.hck.ma  
N°INP 090061862

**0531556**

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 760 dh .....

Patient : Hammoudi Zainab .....

**Cachet**

Hôpital Cheikh Khalifa 021 44 77  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@fckm.hck.ma  
N°INP 090061862

