

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 canaux, 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 canaux.

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.

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

M22- N° 003621

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4622 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAOUL LHOUSINE
Date de naissance : 5/12/1966
Adresse : villa n°36 lot OCEAN JARBOUZZA
CASA
Tél. : 0670 11 68 51 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/11/2022
Nom et prénom du malade : SAOUL LHOUSINE Age : 76
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : La : / /

Signature de l'adhérent(e) : H. HAN

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
09/11/22	Un. fester		332,07	
4000	n°			
	147985/22			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Slimane Achraf Rés. Annajd - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA Tel.: 05 22 98 97 63 - Fax : 05 22 99 64 17 INPE:092001452	09/11/22	5600

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

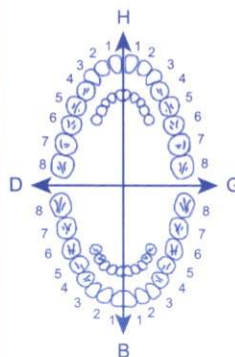
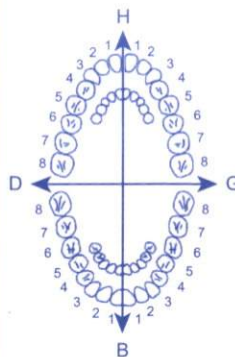
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 147 980 / 2022 du 09/11/22

Nom patient : **SAOUS LHOUSINE**

Entrée 09/11/22

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 09/11/22

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
PHARMACIE	1,00		72,07	72,07
			Sous-Total	72,07
Total Frais Clinique				372,07

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
TROIS CENT SOIXANTE-DOUZE DIRHAMS SEPT CENTIMES	Total 372,07

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	372,07	372,07	0,00

Ref Chq : BMCI//9828009/

[Signature]

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 Tél: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 03 53 45
 E-mail: contact@hck-hk.m
 1967

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2211092109239380 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200590901	SAOUS LHOSSINE	09/11/22

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BMCI//9828009 Lui-même	372,07
PAYANT	Total payé	372,07
TROIS CENT SOIXANTE-DOU		

Reçu établi par : ABD.KAR

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Tél.: 05 29 43 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
Email : contact@ickm-hck.ma
N° IND 000061862

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

09/11/2022

21:09

Nom Patient : SAOUS LHOUSINE

Numéro dossier : 2200590901

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
09/11/2022	PARACETAMOL NORMON 1G INJECTA (50)(1)	1402079	1,00	15,02	15,02
09/11/2022	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	1402079	1,00	10,18	10,18
09/11/2022	CLOPRAME 10mg Injecta (10)(1)	1402079	1,00	2,23	2,23
09/11/2022	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	1402079	1,00	29,90	29,90
09/11/2022	PROFENID IM100mg/2 Injecta (06)(1)	1402079	1,00	5,62	5,62
09/11/2022	INTRANULE G 20	1402079	1,00	1,95	1,95
09/11/2022	SERINGUE 10ML	1402079	2,00	1,56	3,12
09/11/2022	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1402079	1,00	1,44	1,44
09/11/2022	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1402079	1,00	0,17	0,17
09/11/2022	PERFUSEUR A SERUM SANS ROBINET	1402079	1,00	2,44	2,44
Total pharmacie					72,07

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 44 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ekm-hck.m
M° IN



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 09.11.2028

M. *Hamza*

LOT : 22E004
PER: 01/2025

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10



LOT : 22E004
PER: 01/2025

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10



53.10 x 2 / 106,20

1) Relaxol 100g
1sp x 2 1j

133.00

2) Arcoxia 90mg

198.00 1sp 1j

3) Mucigel gel

122.80 1max 1j

4) enrol 60g
gel le mat

560,00 + couche stock

mt 06j

mt 07j

PHARMACIE ACHRAF

Dr. *Stimane*
Rès. Annajd - Bd Anwal - F.
Tél.: 05 22 98 97 63 - F.

LOT



PUC: 198.00DH

C161
2024-08

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

REV. 2020/01/C

Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V : 133,00 DH

Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NT0

