

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.

M22- 0036044

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]
Matricule : 2698

Société :

Actif Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : BONNIZ AIRIG La bouchine

Date de naissance : 02/07/1953

Adresse : Le 15 Sidi Abderrahmane Rue 2916

Tél. : 0633529200

Total des frais engagés :

763,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/01/2023

Nom et prénom du malade :

Afridoun Nijat

Age : 52

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Parenchyme aigre

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 :

Le : 16/01/2023

Signature de l'adhérent[e] :

DAHER BOUCHNAK

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/01/23	Praticien	300	Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Pr. Assistant DAMEH Bouchara Pneumologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SAIDI AL MONTAHI	10/01/23	463,90

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

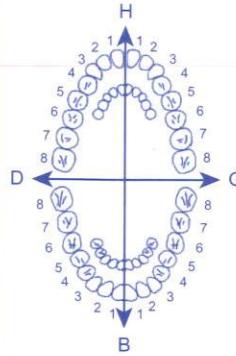
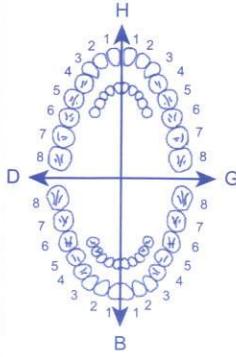
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
FIN D'EXECUTION				DATE DU DEVIS
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			DATE DE L'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000	B		
35533411	11433553			
[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

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 230110144706SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300621729	AFRIDOU NAJAT	10/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	016508	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : SAL.MAI

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
Email: contact@chkmhdk.ma
NINP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 10/01/2023



Numéro : 4 993

090061862

Nom patient : AFRIDOU NAJAT

Médecin : PR. DAHER BOUCHRA
Pneumologie

2300621729

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE PNEUMOLOGIE	300,00
Total	300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026
E-mail: contacter@chkmhdk.ma
N°CP: 105 28 03 44 77

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

10/10/11 2023

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant SAHER Bouchra
Pneumologue
091258632

PPU: 222,00 DH
LOT: 650133
PER: 07/24

ell. 00

Amoxil 1g

(AS)

79,00

2) Apriadol

(AS)rop

Pharmacie de Morphine
31 Rue de la Sidi Abderrahmane
Casablanca
Tél: +212 529 004 466

PPC: 79,00 DH

89,50

3) Apriadol

spray

buccal

2025/08
PPC: 89,50 DH

73,40

A)

Erlux

onl x 315

PPV
LOT
PER

73140

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oudia, Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hci.ma

69 235

SDR
pd AS

5) Doliprane mit c. dg

1 Sp31 J Si Fiebre

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant DAHER Bouchra
Pneumologie
Casablanca
Sidi Abderrahmane
Boulevard de la Kasbah
1000 Casablanca
Maroc

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant DAHER Bouchra
Pneumologie
Casablanca
Sidi Abderrahmane
Boulevard de la Kasbah
1000 Casablanca
Maroc



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
Casablanca - Maroc

10/01/23

14:21:37

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA**

A0000000041010

Mastercard

Mastercard

252525*****7135

04/26 CARTE NATIONALE

220-0-0-55

Num Commerçant	2220064
Num TPE	08173637
Num Transaction	000009
Num Autorisation	244590
Num STAN	016508

MONTANT : 300,00 MAD

DEBIT

Copie client



DEVENEZ COMMERCANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74