

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4176 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : OMARI ABDELMAJID

Date de naissance : 01.01.1951

Adresse : HABIB UELLE

Tél. : 066 859 32 59 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KAMIL FATIMA Age : 65

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Varico

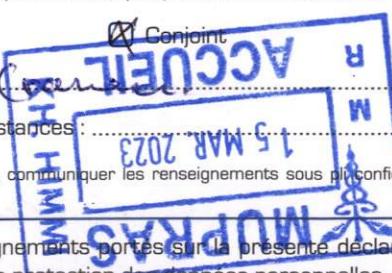
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASABLANCA Le : 08/10/2013

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
18/10/2023	Voir Facture	25018/2023	731139	Mohamed El MANSOURI Dentiste Urgentiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		73000

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		G
	B				
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DATE DE L'EXECUTION	

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :



2309641720 / H012302513

Prénom : FATIHA

PAYANT

Nom : KAMAL

Sexe: F

DDN : 06/09/1958 E: 13/02/2023

Service : URGENCES - SOINS INT (NA)

LOT 211149
EXP 04/2024
PPV 52.80DH

PPV: 222,00 DH
LOT: 650803
PER: 08/24

PPV 222,00 DH
PER 10/24
LOT L3682

82,21 - Augmentin 1g

1 sachet x 3 par jour

82,20 - Codoliprane

1cp x 3 par jour

54,40 - Odecs 20mg

1 sachet par jour

25,7, naseh ajln



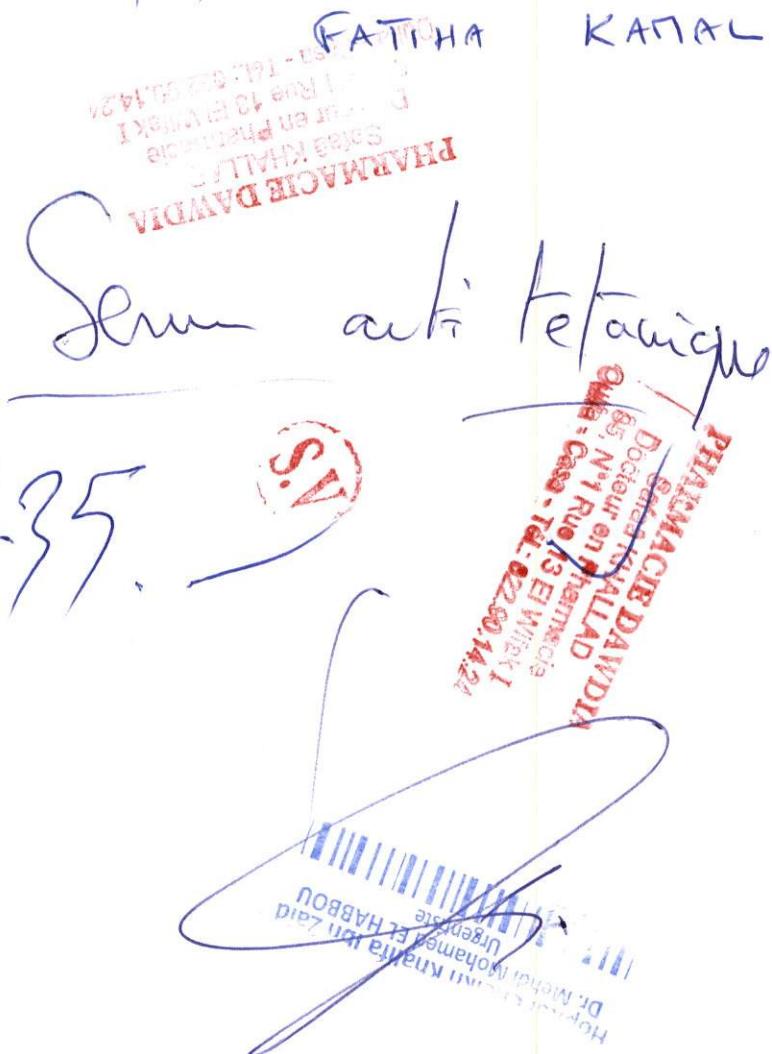
Pharmacie
Dr. Hanane NAOUMI
Tel : 0522 91 48 00
IMPE: 092084352

Hôpital Cheikh Khalifa
Dr. Mehdi Mohamed EL HABBOU
Urgentiste

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

18/02/2023



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2300641720 / H0123005615

- Prénom : FATIHA PAYANT
Nom : KAMAL Sexe: F
DDN :: 06/09/1958 E: 18/02/2023
Service :URGENCES - SOINS INT (NA)



✕ Chymalot 1
 penserent 77/2
 ✕ Abstention de fff
 a Taz
 (K5)



LISTE DES PRODUITS CONSUMMÉS PAR LE PATI

KAMAL FATIHA

2300641720

Date	Produit	N° BS :	QtéB	QtéU	Prix Vente	Montant	PS Fournisseur	
1464945								
18/02/2023 BANDE DE CREPE 10 CM	1464945		1	0	5.78	5.78	URGENCES	C
18/02/2023 CHLORURE DE SO 0,9%Po250 Injecta (0)	1464945		1	0	20.60	20.60	URGENCES	C
18/02/2023 COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT	1464945		2	0	1.44	2.88	URGENCES	C
18/02/2023 GANT DE CHIR.STERILE EN LATEX	1464945		2	0	7.49	14.98	URGENCES	C
18/02/2023 LIDOCAINE LAPROPHAN 2%20ml Injec	1464945		1	0	10.30	10.30	URGENCES	C
18/02/2023 SERINGUE 1ML	1464945		1	0	1.62	1.62	URGENCES	C
18/02/2023 SET DE SUTURE REF470258	1464945		1	0	49.14	49.14	URGENCES	C
18/02/2023 VICRYL RAPIDE 3/0 3/8 CT 19MM PRO	1464945		1	0	101.09	101.09	URGENCES	C
S/total Produit			10	0		206.39		
Total consommation							206,39	

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel : 05 20 03 53 68
 Fax : 05 29 00 477
 E-mail : kamal.fatiha@hckma.ma
 N°INP : 691061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 25 018 / 2023 du 18/02/2023

Nom patient : **KAMAL FATIHA**

Entrée 18/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 18/02/2023

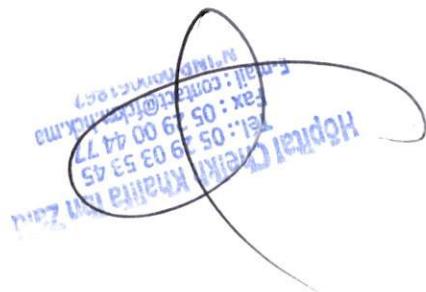
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE K5	1,00 5,00	K5	300,00 45,00 Sous-Total	300,00 225,00 525,00
PHARMACIE	1,00		206,39 Sous-Total	206,39 206,39
Total Frais Clinique				731,39

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENT TRENTÉ ET UN DIRHAMS TRENTÉ-NEUF CENTIMES

Total 731,39

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
		731,39	0,00



Reçu de caisse

N° : 230218224459380 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300641720	KAMAL FATIHA	18/02/23

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	14736	206,39
PAYANT	Total payé	206,39
DEUX CENT SIX DIRHAMS T		

Reçu établi par : ABD.KAR

Hopital Sheik Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fclam.hck.ma
N° de reçu : 2302182244593802

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : KAMAL FATIHA		
Chambre : NA		
Médecin traitant	DR. EL HABBOU MEHDI	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	18/02/2023	
Date sortie	18/02/2023	22:41
Le caissier	L'infirmier	Le major
Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid		
Tél.: 05 29 03 53 45		
Fax : 05 29 00 44 77		
Billet de sortie établi par : RAJ.OUA		18/02/2023 22:46
		2300641720

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2302182108103080 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300641720	KAMAL FATIHA	18/02/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	15368	525,00
PAYANT	Total payé	525,00
CINQ CENT VINGT-CINQ DH		

Reçu établi par : RAJ.OUA

E-mail : COUCOUK@GMAIL.COM
Fax : 05 29 00 44 77
Tel : 05 29 03 53 45





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
Casablanca

18/02/23

20:40:32

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA

A0000000031010

VISA

OMARI YOUNESS

477923*****6245

05/25 CARTE NATIONALE

220-0-0000-1-44

Num Commerçant : 2220064

Num TPE : 08173186

Num Transaction : 000009

Num Autorisation : 0P1326

Num STAN : 015368

MONTANT : 525,00 MAD

DEBIT

Copie client

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74



مركز التقديمات

SANS CONTACT)))))

18/02/23 22:14:58
9900397937
93979301
HOP CHEIKH KHALIFA G6
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxxx6245
CARTE NATIONALE
53723FAF5885EDOC
220-0-9999-1-44

MONTANT: 206,39 MAD
NUM TRANSACTION : 015
NUM AUTORISATION: 0X5562
STAN : 014736

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT