

# 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

- Reclamation : 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

N° P19- 0037946

AS3314

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4176 Société : R. A. M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OMARI ABD ELMAJID

Date de naissance : 01.01.1951

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0668593259 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KAML FATIHA Age: 65

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Trauma

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 : 08/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
18/02/2013		Voir facture	731,39	
		25/02/2013		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/02/2013	731,39

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة  
بحث تكوين علاج



وصفة طبية

# Ordonnance

Casablanca, le :



2300641720 / H012300641720

Prénom : FATIHA

Nom : KAMAL

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

Service : URGENCES - SOINS INT (NA)

PAYANT

Sexe: F

LOT 211149  
EXP 04/2024  
PPV 52.80DH

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

PPV 220DH20  
PER 10/24  
LOT L3682

222,00 - Augmentin 1s  
1 sachet x3 per jour

22,20 - Codoliprane  
1cp x 3 par j

52,80 - Odes 20mg  
2 set par j  
207,00 net ajl

INPE: 092082352

Pharmacie  
Bib Al Azhar  
Dr. Hanane NAOUNI  
Tél : 05 22 91 48 04

Hôpital Cheikh Khalifa  
Dr. Mehdi Mohamed EL HABBOUT  
Urgentiste

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

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

# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

18/2/2023

FATIMA

KATAL

PHARMACIE DAVIDIA  
Séjour en Pharmacie  
Rue 13 El Wark  
Casablanca - Tél: 022.80.14.24

Serum anti tétanique

735



PHARMACIE DAVIDIA  
Séjour en Pharmacie  
Rue 13 El Wark  
Casablanca - Tél: 022.80.14.24

Hôpital International Cheikh Khalifa  
Dr. Mohamed El Habbou  
Urgence  
Zaid





## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2300641720 / H0123005615

Prénom : FATIHA

Nom : KAMAL

DDN : 06/09/1958 E: 18/02/2023

Service : URGENCES - SOINS INT (NA)



PAYANT

Sexe: F

\* Changer de  
pansement 7/2  
x Ablation de pel.  
a J28  
(K5)

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. Mehdi Mohamed EL HABBAB  
Urgences

## LISTE DES PRODUITS CONSOMMES 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 4	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		

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tél: 05 29 03 53 48  
 Fax: 05 29 00 41 77  
 E-mail: contact@hckm.hckm.ma  
 WTP: 05 29 03 53 48

# 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

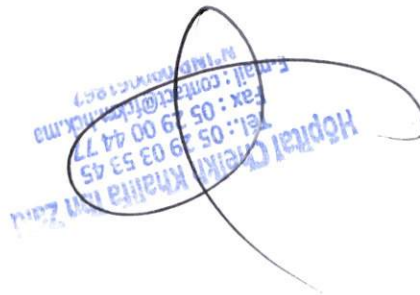
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
K5	5,00	K5	45,00	225,00
			Sous-Total	525,00
PHARMACIE	1,00		206,39	206,39
			Sous-Total	206,39
Total Frais Clinique				731,39

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENT TRENTE ET UN DIRHAMS TRENTE-NEUF CENTIMES

Total 731,39

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



HCK H.EIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2302182244459380 / 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 Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@fclm.hck.ma  
N° 1862



# 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

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

## 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 DI		

Reçu établi par : RAJ.OUA

Tel: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 17  
E-mail: contact@hck.ma



HOPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
CASA BLANCA

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 النقديات

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