

# 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- 0006498

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **05444**

Société : **Royal Air Maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**HAMDAOUI Abde Phachi**

Date de naissance :

**06.10.1962**

Adresse :

**HABIBI NELLE**

Tél. : **06 77 88 40 82**

Total des frais engagés **729,44 #** Dhs

## Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : **NANZ HAFIDAH** Age: **19 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**célophée fœtelle**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

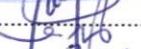
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **CASABLANCA**

Le : **29/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) : 

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/08/23	Un facture		413,60	Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Docteur LAFHAL RAJAA Date : 22/08/23

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. El Hassan</i>	29/08/23	315,80

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

#### **Important:**

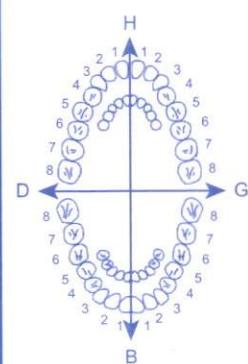
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

2300737219 / H0123018965

Prénom : NAWAL  
Nom : HAMDOUN  
DDN : 06/09/2004 E: 29/08/2023  
Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe: F

ة طبية

Ordonnance



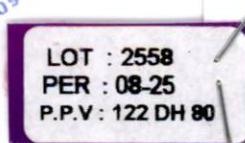
2300737219 / H0123018965

Prénom : NAWAL  
Nom : HAMDOUN  
DDN : 06/09/2004 E: 29/08/2023  
Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe: F

Casablanca, le :

- 1) Bugel 40  
12x8 1 gel de nettoyage polaire  
29,00
- 2) Additiva gel 80  
34,40 1 cpl's jetting
- 3) Megafax 80  
10,60 1 p/3
- 4) Dolostop 10  
10,85 1 p/8
- 5) Sifoceline



Euzol® 40mg  
14 Gélules

6 118000 095316

PPC : 79DH00



04.2025  
L2200506

LOT : 5269  
PER : 11 - 24  
P.P.V : 34 DH 40



6

118000 092315

LOT : 5522  
PER : 12 - 25  
P.P.V : 10 DH 60



6

118000 093015

5) Acheter

2 gel x2 fl 200 ml

69,00



1,318,8

102 doses

entre

prise

meilleur



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Docteur LAFHAL RAJAA  
(Gynécologue)  
091171298

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 119485 / 2023 du 29/08/23

Nom patient	<b>HAMDOUN NAWAL</b>	Entrée	29/08/23
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	29/08/23

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
PHARMACIE	1,00		113,64	113,64
<b>Total Clinique</b>				<b>413,64</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>413,64</b>
QUATRE CENT TREIZE DIRHAMS SOIXANTE-QUATRE CENTIMES		



## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSUMMEE

29/08/2023  
01:51

Nom Patient : HAMDOUN NAWAL		Numéro dossier : 2300737219			
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
28/08/2023	INTRANULE G 20	1589223	1,00	1,61	1,61
28/08/2023	SERINGUE 10ML	1589223	2,00	0,94	1,88
28/08/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1589223	1,00	1,44	1,44
28/08/2023	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1589223	1,00	0,26	0,26
28/08/2023	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1589223	1,00	5,87	5,87
28/08/2023	PARACETAMOL NORMON 1G INJECTA (50)(1)	1589223	1,00	14,08	14,08
28/08/2023	ONDANSETRON GT 8mg/4ml Injecta (01)	1589223	1,00	58,60	58,60
28/08/2023	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	1589223	1,00	29,90	29,90
		<b>Total pharmacie</b>		<b>113,64</b>	

Hopital Cheikh IBRAHIMA LIFA IBN ZAID  
 Tél.: 05 29 03 53 03  
 Fax : 05 29 00 44 71  
 E-mail : contact@lifa-ibn-zaid.dz

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2308290150489420 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300737219	HAMDOUN NAWAL	29/08/23

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	026658	413,64
PAYANT	Total payé	413,64
QUATRE CENT TREIZE DIRH		

Reçu établi par : MAR.KHA



29/08/23 00:41:25  
9900397937  
93979301  
HOP CHEIKH KHALIFA G6  
Casablanca

A0000000031010  
APP : VISA  
HAMDOUN ABDELHADI  
xxxxxxxxxxxxx1599  
09/24 CARTE NATIONALE  
ED1DB1DF5C9EE8BA  
201-0-9999-1-44

MONTANT: 413,64 MAD  
NUM TRANSACTION : 002  
NUM AUTORISATION: 522073  
STAN : 026658

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT