

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.

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- 0006498

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05444

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HAMDOUN Abde Prach

Date de naissance :

06/10/1962

Adresse :

HABITUELLE

Tél. :

0677884082

Total des frais engagés

1729,44 #

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

NAVAL HAMDOUN

Age : 19 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

céphalée fclb

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) :

(Signature)

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
29/08/23	Un Facture N° 119685/23		413,64	Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Docteur LAFHAL RAJAA Dentiste

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/08/23	315,80

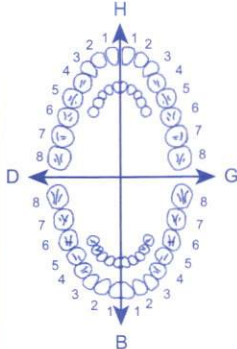
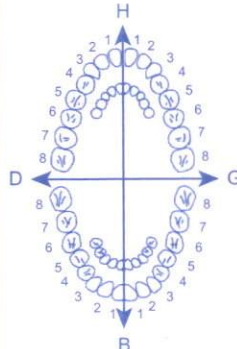
[illegible][illegible]

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 style="width: 100px;" type="text"/>																																																															
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>																																																														
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																																																													
							FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																																																												
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>																																																												
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">H</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">G</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">B</div> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;"> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> </td> </tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr> <td rowspan="10"></td> <td colspan="3"></td> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;"> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/> </td> </tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td rowspan="10"></td> <td colspan="3"></td> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;"> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> </td> </tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> </table>			<div style="text-align: center;">H</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="text-align: center;">G</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		<div style="text-align: center;">B</div>				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>											DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																											
	<div style="text-align: center;">H</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>			<div style="text-align: center;">G</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>																																																															
	<div style="text-align: center;">B</div>																																																																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>																																																														
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>																																																														
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																																																														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

A diagram of a human skull in frontal view, showing the arrangement of teeth. The teeth are numbered 1 through 8 on both sides, starting from the center (midline) and moving outwards. The diagram is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, and 'B' at the bottom. The teeth are arranged in a symmetrical pattern, with the central incisors (1) being the largest and the molars (8) being the largest on each side.

FIN
D'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE L'EXECUTION

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

Casablanca, le :



2300737219 / H0123018965
Prénom : NAWAL
Nom : HAMDOUN
DDN : 06/09/2004 E: 29/08/2023
Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

1) Euzol 40

128.80

1 gel de met. polioff

LOT : 2558
PER : 08-25
P.P.V : 122 DH 80

Euzol® 40mg
14 Gélules



6 118000 095316

79.00

2) Additivu gels

PPC : 79DH00



4 026466 004907

04.2025
L2200506

3) Megas fa 80

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

Megas® 80mg
unité de 20 Comprimés
orodispersibles



6 118000 092315

10.60

4) Dolostop 1000
10x5

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

Dolostop® 1000mg
Boîte de 8 comprimés



6 118000 093015

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

5) Achar levure

2 gel x aff. 10 h 1/2

69,00

102 heures
entre

prise
médicament



1,318.8



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Docteur LAHAL RAJAA
Urologiste
091171298

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 119485 / 2023 du 29/08/23

Nom patient	HAMDOUN NAWAL	Entrée	29/08/23
	PAYANTS	Sortie	29/08/23

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

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

[Signature]
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hchz.gov.qa

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

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
Total pharmacie					113,64

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hkh-hz.gov.qa

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 pavé	413,64
QUATRE CENT TREIZE DIRH		

Reçu établi par : MARKHA



مركز النقديات

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