

# 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.

M23-0027972

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3264 Société : A8C949  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : CHRAIBI Facial  
 Date de naissance : 1949  
 Adresse : luminement attabl amours  
Rue 6 N° 57 OULFA CASA  
 Tél. : 06 66 198568 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09 / 11 / 23  
 Nom et prénom du malade : Chraibi Facial Age : .....  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : I  
 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 : 09 / 11 / 23.  
 Signature de l'adhérent(e) : Elsra ISN



#### **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
9/11/13	consult		gratuit	 Dr. MOHAMED BEN DOUDOU

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie SOPHIA</b> <i>Mme. Benbrahim ip. Slamii</i> 4, Bd. Ibnou Sina - CASABLANCA Tél : 022 26 01 44	9/11/23	94,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Hoporiaires
0900 6/8/23 L'radiologue a lu la radiographie. Tel : 05.20.12.00.00 Email : labo@fchm.fr	09/11/23	B30 x 1	36,0000

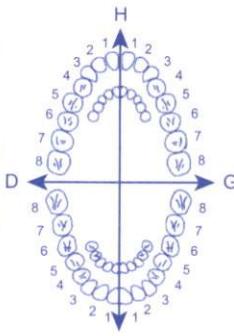
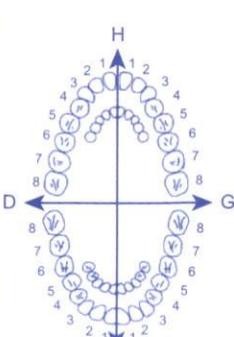
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		Coefficient des travaux	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Montants des soins													
			Date du devis													
			Date de l'exécution													

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

Casa le 09/11/23

Mr/Mme Faical Chraibi

10% Newflex Warm up gel  
au SO 1 app x 2/j



صيدلية صوفيا  
Pharmacie SOPHIA  
Mme. Benbrahim ip. Shami,  
214, Bd. Ibnou Sina - CASA  
Tél : 022 26 01.64

Cachet du médecin



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 158 179 / 2023 du 09/11/2023

Nom patient : **CHRAIBI FAICAL**

Entrée 09/11/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 09/11/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0030	36,00 Sous-Total	36,00 36,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>36,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>36,00</b>
TRENTE-SIX DIRHAMS		

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	36,00	36,00	0,00

La facture électronique de l'hôpital  
Tél: 05 29 05 02 33  
E-mail : [khalifa@chekhkh.com](mailto:khalifa@chekhkh.com)

# ORDONNANCE

Carac Le : 09/11/23

Faïcal Chraibi

Laboratoire de biologie médicale  
Tel : 05.29.05.02.33  
E-mail : labo@fclm-hr.ma

Analyse acide urique

**DR. CHRAIBI**  
**Mohamed Anas**  
**Docteur en médecine**

## Reçu de caisse

Nº: 2311091733480790 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300776438	CHRAIBI FAICAL	09/11/2023

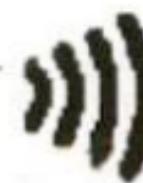
Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	12609	36,00
PAYANT	Total payé	36,00

*Reçu établi par : SALJAR*

~~last name first name middle name  
tel: 05.21.05.02.33~~



SANS CONTACT



09/11/23 16:23:42  
9900398026  
93980201  
HOP CHEIKH KHALIFA G10  
Casablanca

A0000000031010  
APP : VISA  
xxxxxxxxxxxxx6199  
CARTE NATIONALE  
68B787E04F8D8D9A  
220-0-9999-1-44

MONTANT: 36,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 016  
NUM AUTORISATION: 802614  
STAN : 012609

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT

## TESTE DERMATOLOGIQUEMENT

newflex warm-up gel est conçu pour une application immédiate et directe, surtout avant une activité sportive. Il diminue le risque de blessures.



Délassant, chauffant, décontractant, bienfaisant, stimule la circulation sanguine. Soigne et apaise la peau sèche.

## Indications d'emploi :

- Appliquez le produit sur les parties de la peau concernées et faites pénétrer entièrement par massage.
- Masser énergiquement les parties du corps concernées avant toute activité sportive.
- Lire attentivement l'intégralité de la notice avant utilisation du produit.
- Conserver hors de portée des enfants !
- Protéger de la chaleur ! Conserver à température ambiante.
- Ne pas laisser entrer en contact avec les yeux. L'huile de citron peut irriter la peau.

7 640127 792001

ACL 4561876  
120 ml e



LOT

07/26

MFD

08/22

ISOPHARM  
NEWFLEX  
WARM-UP  
94.80 dhs

New Care AG, CH-4452 Itingen, Switzerland  
EU Office: Schlieren, Dunningen 3  
79618 Rheinfelden

## WARM-UP GEL

For greater mobility in sports, with natural, relaxing, smoothing, beneficial essential plant oils. Contains no parabens.

  
**newflex**  
LOOSENS & RELAXES

Swiss Development

Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 151008151631GH

Date de naissance : 01/01/1949

Sexe : M

Date de l'examen : 09/11/2023

Prélevé le : 09/11/2023 à 16:33

Édité le : 10/11/2023 à 09:38

Mr CHRAIBI FAICAL

Dossier N° : 23112214K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



## BIOCHIMIE SANGUINE

ACIDE URIQUE

:

72  
426.03

mg/L  
μmol/L

26 - 72  
155 - 430

63 mg/L  
(23/09/2023)

Le 10/11/2023 à 09:38  
Signature

Dr. YAHYAOUI ANASS

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr YAHYAOUI Anass  
Biologie

107165797

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

1 / 1