

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-781350

196670

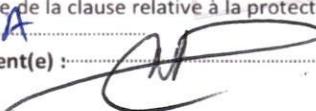
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 6436	Société : RAM	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : EDDAHIR Abderrazzag		
Date de naissance : 04/Fev/67		
Adresse :		
Tél. 0661174632 Total des frais engagés : 629,90 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin Universitaire International Cheikh Khalifa	
Pr BOUGADOUM MERYEM Professeur Assistant-Pneumologue	
Cachet du médecin :	INPIE : CG 1325 205
Date de consultation : 28/12/2023	Age : 56
Nom et prénom du malade : EDDAB	Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Bronchite	En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Pr BOUGADOUM MERYEM
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 : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **16/01/2024**

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
28/12/23	1100 03 44 11 Fax : 03 29 03 44 11 Email : contact@fdmkh.com Sous le nom de : Dr BOUGADOUM MERYEM		300.DH	Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Pr BOUGADOUM MERYEM Professeur Assistant-Pneumologie 090061862

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GUY FERRIER 10d Terrains d'essai - Ferme Tél: 05 22 50 64 45	28/12/2023	329,90

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														
				INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHÉSES 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;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">D</td> <td style="border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	B																	
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 28/12/2023
Numéro : 185 080



090061862

Nom patient : EDDAHIR ABDERRAZZAQ

Médecin : PR. BOUGADOUM MERYEM
Pneumologie

2300803635

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE PNEUMOLOGIE	300,00

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

*Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hk.ma
Site : www.fckm.hk.ma*



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 28/12/2023

Quittance - Paiement espèces

0842132

IPP :

N° D'admission : 1322802635 Montant : 300 DH

Patient : FADIL AIT IBB ABDEBRAZZAK

Payé par :



39,90

5/EXOMIC

S/



1st x 2/ jrs pdt 5 jrs



PHARMACIE GHAFIRI

22, Angle Bd Terrains de sport,
Rue Abourous & Ferme d'El Jadida
Casablanca - Tél: 05 22 25 06 45



GTIN 1890117248882
LOT 1B30452
EXP 01/2025
GPN 79770505735

PPV : 189 DH 50

AIRE
EIKH KHALIFA

في الجامعي
في الشيخ خليفة

PARANTAL C 1000®

PPU 19DH60
EXP 05/2026
LOT 34024 1

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

28/12/2023

M^r Eddaliz [REDACTED]
Hôpital Universitaire International
Pr BOUGADOUR MOUSTAPHA
Professeur Assistant D.EBM
90061862

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00
EXP 04/2026
LOT 32011 3

40,00
1/ Effipred 20 mg CP
3cp/j à matin 2 yrs

189,50
2/ Foracut 200 mg
Inhalation x 2/jr pdt 1 mois

19,60
3/ Parendal vit C 1000
1cp/jr pdt 10jrs

40,90 1cp/jr

4/ Zinaskin 1cp/jr 4,5

ZINASKIN® 45 mg
PPU 40DH90 EXP 07/2026
LOT 10058 71

20 comprimés effervescents

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 8240
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 477

Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 6

39,90

LOT 23012

PER JUL 25

PPV 39 DH 90