

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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

Nº P19-0048387

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3264 Société : 43428
 Actif Pensionné(e) Autre : CHRAIBI FAYCAL
Nom & Prénom : CHRAIBI FAYCAL
Date de naissance : 1949
Adresse : batiment attablammoune Rue OULFA EASIA
Tél. 06 66 19 85 68 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/09/2020 Nom et prénom du malade : chraibi faycal Age :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : S opération

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 : Casa Le : 11/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : CHRAIBI FAYCAL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Facture du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
11/11/2020 A. E. Pharm s. 522 s. 521	16/9/2020	450.00

<div[](&

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AAUXILIAIRES MEDICAUX!!!!

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A vertical arrow points upwards from the center of the arch, labeled 'H' at the top. A horizontal arrow points to the right, labeled 'G' at the end. A diagonal arrow points downwards and to the right, labeled 'B' at the end. The teeth are numbered as follows: upper arch (left to right): 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; lower arch (left to right): 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

16/08/2020

chez son

raicel

113.00

1) Sels gel 100g
par paquet



2) 6.20x1

2) Azylle 100g
par paquet 100g
lens 100g
lemon 100g



116.00

psl 100g



3) Buffresh 100g
par paquet 100g



22.60

4) Fluen 100g
par paquet 100g



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

6 118001 070244
Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothera
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMC
40686

150.00

W: 0660176254

OT

PPC : 128 DH 00



B.N. WD0106

EXP. 04 2021

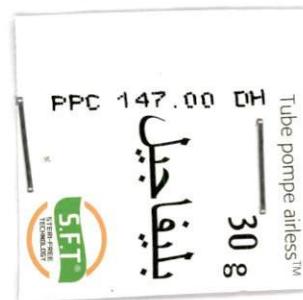
Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura,
Maroc

الموزع في المغرب :
مختبرات سوتينا
ص.ب. رقم 1, 27182 بوسكورة
المغرب



Certificat N°2578 /1645/2017/DMR/20/DM
Date: 15/06/2017

12502810-05





ازيتير 15 mg/g

Sans conservateur

6 récipients unidoses de 0,25 g
Coller en solution

Azyter 15 mg/g / ب/ج 15 مغ/ج

FR Azyter 15 mg/g

Azithromycine 14,3 mg
Sous forme d'azithromycine
dihydrate 15 mg
pour 1 g de solution

Un récipient unidose de 250 mg
de solution contient 3,75 mg
d'azithromycine dihydrate.

Excipient :

Triglycérides à chaîne moyenne.

أزيتير 15 مغ/ج AR

أزيتروميسين 14,3 14.3 مغ
على شكل أزيتروميسين 15 15 مغ
ثاني الاماهة 1 1 غ من محلول

إن الوعاء أحادي الجرعة بسعة
250 مغ من محلول يحتوي
على 3,75 مغ من الأزيتروميسين الثاني
الاماهة.

السواغ :
ثلاثيات غليسيريد ذات سلسلة متوسطة.

DZ

DE Algérie n° :
16/09/17D 164/022
رقم مقرر التسجيل بالجزائر
16/09/17D 164/022

MA

Enreg. MA n° :
258/19 DMP/21/NRQ
رقم التسجيل بالمغرب
258/19 DMP/21/NRQ

TN

Enreg. TN n° :
8443081
رقم التسجيل بتونس
8443081

Azyter 15 mg/g

Collyre, 8/6 récipients unidoses
PPV : 76,20 DH



6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

oricant : LABORATOIRE UNITHER
de la Guénié - 50211 COUTANCES
DEX - FRANCE

الصانع: مخابر اوتيتير
المنطقة الصناعية في لا غيري
كوتنس سيدنكن 50211 - فرنسا

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

لا يبتاع - لا يحقن

احترم الجرعات الموصوفة

LISTE I - Uniquement sur ordonnance

قائمة I - إلا بوصفة طبية



ازيتير 15 mg/8 g

Sans conservateur

6 récipients unidoses de 0,25 g
Coller en solution

Azyter 15 mg/g / 8/8 15 mg

FR Azyter 15 mg/g

Azithromycine 14,3 mg
Sous forme d'azithromycine
dihydrate 15 mg
pour 1 g de solution

Un récipient unidose de 250 mg
de solution contient 3,75 mg
d'azithromycine dihydrate.

Excipient :

Triglycérides à chaîne moyenne.

AR أزيتير 15 مغ/غ

أزيتروميسين 14,3 14.3 مغ
على شكل أزيتروميسين 15 15 مغ
ثاني الاماهة 1 1 غ من محلول

إن الوعاء أحادي الجرعة بسعة
250 مغ من محلول يحتوي
على 3,75 مغ من الأزيتروميسين الثاني
الاماهة.

السواغ :

ثلاثيات غليسيريد ذات سلسلة متوسطة.

DZ

DE Algérie n° :
16/09/17D 164/022
رقم مقرر التسجيل بالجزائر
16/09/17D 164/022

MA

Enreg. MA n° :
258/19 DMP/21/NRQ
رقم التسجيل بالمغرب
258/19 DMP/21/NRQ

TN

Enreg. TN n° :
8443081
رقم التسجيل بتونس
8443081

Azyter 15 mg/g

Collyre, 8/6 récipients unidoses
PPV : 76,20 DH



6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

oriant : LABORATOIRE UNITHER
de la Guénié - 50211 COUTANCES
DEX - FRANCE

الصانع: مخابر اوتيتير
المنطقة الصناعية في لا غيري
كوتنس سيدنكن 50211 - فرنسا

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

لا يبتاع - لا يحقن

احترم الجرعات الموصوفة

LISTE I - Uniquement sur ordonnance

قائمة I - إلا بوصفة طبية

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 89 887 / 2020 du 16/09/2020

Nom patient : **CHRAIBI FAICAL**

Entrée 16/09/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 16/09/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation d'ophtalmologie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :			
TROIS CENTS DIRHAMS			
		Total	300,00

Encaissements	Chèque			Total encaissé	Solde
	300,00			300,00	0,00

Ref Chq : N4988181 SOCIETE GENERAL/

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél. : 05 29 03 53 45
Fax : 05 22 89 28 54
E-mail : comptes@fckm.hck.ma
BP 12000 32000 Oum Rabia

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 200916123314MA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000249913	CHRAIBI FAICAL	16/09/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	N4988181 SOCIETE GENERAL Lui-même	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par :MANELB