

# 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.

## Diagnostique 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

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



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M20- 0006529

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2706 Société : 86455  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHEBICHEB Lamia  
Date de naissance : 29/08/69  
Adresse : Lotissement 04 Riiss Rue 1 n°36  
Colonne Casablanca  
Tél. : 0661693351 Total des frais engagés : 868,33 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/09/2021  
Nom et prénom du malade : CHEBICHEB Lamia Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : gynéco-gynécologie  
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 :  
Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-06529

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2706  
Nom de l'adhérent(e) : CHEBICHEB  
Total des frais engagés : 868,33  
Date de dépôt :



# 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
25/09/2021	Van la facture	1114637	648.93	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

25/09/2021 279.40  
25.09.21 82.10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

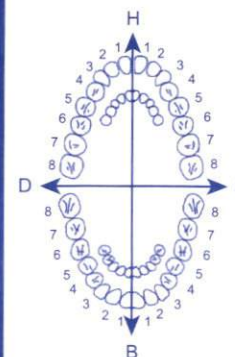
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V. : 49DH80  
PER: 11/2004  
6 118000 0860862

2100401249 / H0121027049  
Prénom : LAMIA  
Nom : CHEBICHEB  
DDN : 29/08/1962 E: 25/09/2021  
Service : URGENCES (NA)

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al ouarn roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boite 14  
64015DMP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al ouarn roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boite 14  
64015DMP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH  
6 118001 020591

\* Bacall 500 mg

49,180 1pr 1x / L

flagyl 500 mg

27,150 1pr 2x / L

Sporster

60100 / 2.

enterogermin

82,10 1pr 1x / L

82,10 1pr 2x / L

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabil Casablanca • Maroc  
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • [www.hck.ma](http://www.hck.ma)

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaa 20250 - Casablanca  
ENTEROGERMINA SUSP OR FL5ML B10  
P.P.V. : 60DH00

6 118001 081653





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة  
علاج تكوين بحث



# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2100401249 / H0121027049

Prénom : LAMIA

Nom : CHEBICHEB

DDN : 29/08/1962 E: 25/09/2021

Service : URGENCES (NA)



PAYANT  
Sexe: F

ECG

Hôpital Cheikh Khalifa  
Dr. Mehdi Mohamed El Habbou  
Urgences



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 25 / 05 / 2021


Quittance - Paiement espèces 0605600

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 648.93 dh

Patient : Chebicheb LAMIA .....

Cachet

  
FAX : 05 53 44 71  
Email : contact@chick.ma  
05 53 44 71

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 114 637 / 2021 du 25/09/21

Nom patient : CHEBICHEB LAMIA

Entrée 25/09/21

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 25/09/21

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
ECG	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	400,00
PHARMACIE	1,00		248,93	248,93
			Sous-Total	248,93
Total Frais Clinique				648,93

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
SIX CENT QUARANTE-HUIT DIRHAMS QUATRE-VINGT-TREIZE CENTIMES	Total 648,93

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	648,93				648,93	0,00

Hôpital  
 Tél: 05 29 03 53 45  
 Email: contact@hpk.ma  
 N° INP 090061862

## LISTE DES PRODUITS CONSOMMES PAR LE PATI

## CHEBICHEB LAMIA

2100401249

Date	Produit	N° BS :	QtéB	QtéC	Prix Vente	Montant	PS Fournisseur	
1144953								
25/09/2021	AMIFLOX 200 MG Solutio (01)	1144953	2	0	89.10	178.20	URGENCES	C
25/09/2021	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1144953	1	0	1.21	1.21	URGENCES	C
25/09/2021	INTRANULE G 20	1144953	1	0	1.43	1.43	URGENCES	C
25/09/2021	METRIS 5MG INJECTA (01)	1144953	1	0	28.00	28.00	URGENCES	C
25/09/2021	NO SPA 40mg Injecta (05)	1144953	0	1	4.00	4.00	URGENCES	C
25/09/2021	OMEPRazole N 40mg Injecta (01)	1144953	1	0	29.90	29.90	URGENCES	C
25/09/2021	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1144953	1	0	4.99	4.99	URGENCES	C
25/09/2021	SERINGUE 10ML	1144953	1	0	0.65	0.65	URGENCES	C
25/09/2021	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECB	1144953	1	0	0.55	0.55	URGENCES	C
S/total Produit			9	1		248.93		
Total consommation						248,93		

AL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
 HOPITAL  
 TEL: 02 99 03 55 33  
 FAX: 02 99 03 44 77  
 E-MAIL: CHEBICHEB.LAMIA@HCHK.MG





2100401249 / H0121027049

Prénom : LAMIA

Nom : CHEBICHEB

DDN : 29/08/1962 E: 25/09/2021

Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe: F

27/09/2021 12:08:14

FC: 66 bpm

PR: 162 ms

QRS: 88 ms

QT/QTcH: 392/403 ms

QTcB: 411 ms

QTcF: 405 ms

Rvs-6/Svl : 0.92/0.12 mV

Sok-Lyon : 1.04 mV

Axe: 67/58/48 °

RHYTME SINUSAL

\*\*\* INTERPRETATION EFFECTUEE SANS CONNAITRE LE

SEXE/ L'AGE DU PATIENT \*\*\*

A L'INTERIEUR DE LIMITES NORMALES

Résumé: ECG NORMAL

\*RAPPORT NON CONFIRMÉ\*

Commentaires :



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:40Hz AC:50Hz Cardioline ECG2005 v.2.11.7693





2100401249 / H0121027049

Prénom : LAMIA

Nom : CHEBICHEB

DDN : 29/08/1962 E: 25/09/2021

Service : URGENCES (NA)

technicien :

Commentaires :



PAYANT

Sexe: F

27/09/2021 12:08:52

FC: 67 bpm

PR: 158 ms

QRS: 86 ms

QT/QTcH: 390/402 ms

QTcB: 412 ms

QTcF: 405 ms

Rv5-6/Sv1 : 0.93/0.12 mV

Sok-Lyon : 1.05 mV

Axe: 67/61/49 °

RHYTME SINUSAL

\*\*\* INTERPRETATION EFFECTUEE SANS CONNAITRE LE

SEXE/ L'AGE DU PATIENT \*\*\*

A L'INTERIEUR DE LIMITE NORMALES

Résumé: ECG NORMAL

\*RAPPORT NON CONFIRMÉ\*



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:25Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693